



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**AUTOCAUIDADO EN LOS USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CLUB DE
HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD N°2 DE LA
PARROQUIA SININCAY. CUENCA-ECUADOR 2013.**

*Tesis previa a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería.*

AUTORES: Rosa Natividad Mejía Tigre
 Narcisa De Jesús Paguay Asitimbay

DIRECTORA
Lic. Elizabeth Cecilia Sinche Rivera.

ASESORA
Lic. Elizabeth Cecilia Sinche Rivera.

CUENCA – ECUADOR
2014

1. RESUMEN

Contextualización:

La hipertensión ha sido señalada como la “Asesina Silenciosa” o como la “Epidemia del siglo XXI”, por ser un problema de salud pública prioritario, que involucra a toda la sociedad, y no solo al sector salud. La OMS, estima que en el mundo esta enfermedad afecta a más de uno de cada tres adultos de 25 o más años de edad: unos mil millones de personas. Además de que esta patología contribuye como causa de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. En este marco de información, esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y de ceguera.

Por hipertensión arterial, se considera a todo valor que sobrepase los 140 mm Hg en la presión sistólica y los 90 mm Hg de la presión diastólica, de manera crónica, y si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.

El autocuidado, que significa el cuidado que una persona se da a sí misma, es fundamental para el éxito terapéutico y la prevención de complicaciones, que conlleva un mejoramiento de la calidad de vida.

Objetivo: Se realizó una investigación descriptiva con el objetivo de determinar el Autocuidado en los usuarios atendidos en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N° 2 de Sinincay La población de usuarios atendidos en el club de hipertensos fue de 75, de los cuales se contó con la colaboración de 53 personas entre hombres y mujeres.

Metodología: Para la recolección de los datos se aplicó un formulario de 30 preguntas estructuradas sobre el Autocuidado, las mismas que fueron

respondidas por los usuarios, previa indicación y explicación dadas por las entrevistadoras. Para la elaboración del análisis estadístico (tablas y gráficos) se utilizó los programas SPSS 18 y Microsoft Excel 2010.

- **Resultados:** Se incorporaron 53 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, que pertenecen al Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N° 2 de Sinincay. La mayoría de las personas, 81,1% fueron mujeres. La mayor parte de las personas se encuentran en los grupos de edad de 56 a 65 y de 66 años y más. El estado civil de las personas corresponde al de casado o casada y le sigue en frecuencia el de viudo/a.

La instrucción formal es mala con un 32,1% de analfabetismo, sumado un 47,2% de primaria incompleta. El máximo nivel educativo alcanzado es el de primaria completa. Se adiciona a lo anterior que el 56,6% indican tener dependencia económica.

PALABRAS CLAVES: ATENSION DE SALUD, CALIDAD ACSESOS Y EVOLUCION DE LA ATENSION DE SALUD, CALIDAD DE LA ATENSION DE SALUD, FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CAUSALIDAD, FACTORES DE RIESGO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, AUTOCAUIDADO, PARROQUIA SININCAY, CUENCA- ECUADOR.

ABSTRACT

Contextualization

Hypertension has been identified as the “Silent Killer” or as the “epidemic of the century”, as a priority public health issue that involves the entire society, not just the health sector. OMS estimates that in the world this disease affects more than one in three adults aged 25 or older: one billion people. In addition to contributing to this pathology as a cause of heart disease and stroke, which together represent the most important cause of premature death and disability. In this context information, this disease causes each year nearly 9.4 million deaths from heart disease. It also helps to increase the risk of kidney failure and blindness.

For hypertension, is considered to be any value in excess of 140 mm Hg systolic and 90 mm Hg diastolic pressure, chronically, and if left untreated, can lead to severe complications such as myocardial infarction, cerebral hemorrhage or thrombosis, which can be avoided if properly controlled.

Self-care, meaning care a person gives itself, is critical for treatment success and prevention of complications, leading to an improved quality of life.

Objective: A descriptive study was conducted to determine the self-care in users treated in Hypertensive Club of Health Sub-Centre No. 2 Sinincay. The population of users treated in club hypertension was 75, of which counted with the collaboration of 53 people between men and women.

Methodology: data collection from 30 structured questions on self-care, they were answered by user's prior indication and explanation given by the interviewers was applied. For the preparation of statistical analysis (tables and graphs) SPSS 18 and Microsoft Excel 2010 software was used.

Results: 53 individuals diagnosed with hypertension, which belong to the Hypertensive Club Health Sub-center No 2 Sinincay were incorporated. Most people, 81.1 % were women. Most individuals are in the age group of 56 to 65 and 66 years and more. The civil status of persons corresponds to married or married and follows in the frequency of widow / widower.



Formal instruction is poor with 32.1 % illiteracy, plus 47.2% of incomplete primary. The highest educational level attained is to complete primary. Is added to the above indicate that 56.6 % have economic dependence.

KEYWORDS: HYPERTENSION, SELF ATENSION HEALTH, QUALITY AND EVOLUTION OF ACSESO ATENSION HEALTH, QUALITY HEALTH ATENSION, EPIDEMIOLOGIC FACTORS, CAUSALITY, RISK FACTORS, BLOOD PRESSURE, SELF CARE, SININCAY PARISH, BASIN-ECUADOR.

Yo, **ROSA NATIVIDAD MEJÍA TIGRE.**, autora de la tesis **AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CLUB DE HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD N°2 DE LA PARROQUIA SININCAY. CUENCA-ECUADOR 2013.**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, junio del 2014



Rosa Natividad Mejía Tigre

C.I. 010471027-2



Yo, **ROSA NATIVIDAD MEJÍA TIGRE**, autora de la tesis **AUTOCAUIDADO EN LOS USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CLUB DE HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD N°2 DE LA PARROQUIA SININCAY. CUENCA-ECUADOR 2013.** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, junio del 2014

Rosa Natividad Mejía Tigre

C.I. 010471027-2

Yo, **NARCISA DE JESÚS PAGUAY ASITIMBAY**., autora de la tesis **AUTOCAUIDADO EN LOS USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CLUB DE HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD N°2 DE LA PARROQUIA SININCAY. CUENCA-ECUADOR 2013**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, junio del 2014



Narcisa De Jesús Paguay Asitimbay

C.I..030202471-6



Yo, **NARCISA DE JESÚS PAGUAY ASITIMBAY**, autora de la tesis **AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CLUB DE HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO DE SALUD N°2 DE LA PARROQUIA SININCAY. CUENCA-ECUADOR 2013**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, junio del 2014

Narcisa De Jesús Paguay Asitimbay

C.I. 030202471-6



ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIAS.....	3
RESUMEN.....	4
CAPITULO I.....	14
1.1 INTRODUCCIÓN.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	22
CAPITULO II.....	21
2 MARCO TEÓRICO	21
2.1 El Autocuidado En La Hipertensión Arterial.....	21
2.2 Hipertensión Arterial.....	23
2.2.1 Antecedentes.....	23
2.2.2 Epidemiología.....	24
2.2.3 Clínica de la hipertensión arterial.....	24
2.2.4 Anatomía y Fisiología.....	25
2.2.5 El corazón.....	25
2.3 SIGNOS VITALES.....	26
2.3.1 Valoración de la Tensión Arterial.....	27
2.3.2 Equipo de Tensión Arterial.....	27
2.3.3 Procedimiento para la toma correcta de la presión arterial.....	28
2.3.4 Etiología.....	28
2.3.5 Fisiopatología.....	30
2.4 Clasificación.....	32
2.4.1 Hipertensión primaria o esencial.....	32
2.4.2 Hipertensión arterial secundaria.....	32
2.5 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES.....	32



2.6 LOS HÁBITOS DE VIDA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	33
2.6.1 Tabaco.....	33
2.6.1.1 ¿Cómo ocurre el aumento de la presión arterial?.....	33
2.6.1.2 ¿Puede un fumador tener presión arterial normal?.....	34
2.6.1.3 La hipertensión arterial y el tabaquismo.....	34
2.7 ALCOHOL.....	34
2.8 SAL.....	34
2.9 ACTIVIDAD FÍSICA.....	34
2.10 CAMBIOS EN LA DIETA	35
2.11 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES.....	35
2.12 MANIFESTACIONES CLINICAS.....	36
2.13 LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES.....	37
2.14 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.....	37
2.15 TRATAMIENTO.....	37
2.16 ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN USUARIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	38
2.17 EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE OREM.....	40
2.17.1.1 Hombre.....	42
2.17.1.2 Salud.....	42
2.17.1.3 Relación hombre-salud.....	42
2.18 Teoría General del Déficit de Autocuidado.....	43
2.18.1 Teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado).....	43
2.18.2 Teoría del déficit de autocuidado.....	43
2.18.3 La teoría de los sistemas de enfermería.....	43
2.19 LA PROPUESTA DEL AUTOCUIDADO DE “DOROTHEA OREM”.....	43
2.19.1 Requisitos de autocuidado.....	44
2.19.1.1 Requisitos Universales de Autocuidado.....	44



2.19.1.2 Requisitos del Autocuidado Relativos al Desarrollo.....	45
2.19.1.3 Requisitos del Autocuidado de las Alteraciones de la Salud....	45
2.20 Teoría del Sistema de Enfermería de Dorothea Orem.....	46
2.21 Tipos de sistemas de enfermería.....	46
2.21.1 Sistemas de enfermería totalmente compensadores.....	47
2.21.2 Sistemas de enfermería parcialmente compensadores.....	47
2.21.3 Sistemas de apoyo educativo.....	47
CAPITULO III.....	49
3. MARCO REFERENCIAL.....	49
3.1 Aspectos sociodemográficos.....	49
3.2 Misión de la Institución.....	49
3.3 Visión de la institución.....	50
3.4 Organización Administrativa.....	50
3.5 Ambiente físico, espacios, usos, servicios.....	50
3.6 Planta baja.....	50
3.7 Planta alta.....	51
3.8 Servicio que presta la institución.....	51
CAPITULO IV.....	52
4. OBJETIVOS.....	52
4.1 GENERAL.....	52
4.2 ESPECÍFICOS.....	52
CAPITULO V.....	53
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	53
5.1 Tipo de investigación.....	53
5.1.1 Población de estudio.....	53
5.1.2 Área de estudio	53
5.2 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	53
5.3 INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO.....	54



5.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS.....	54
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	54
5.5.1 Criterios de inclusión.....	54
5.5.2 Criterios de exclusión.....	55
5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56
CAPITULO VI.....	58
6. ANALISIS DE LA INFORMACION.....	58
Tabla 1.....	58
Distribución de 53 usuarios con hipertensión Arterial según sexo.....	58
Tabla 2.....	59
Distribución de 53 usuarios con hipertensión Arterial según edad.....	59
Tabla 3.....	60
Distribución de 53 usuarios con hipertensión Arterial según estado civil y sexo.....	60
Tabla 4.....	61
Distribución de 53 usuario con hipertensión arterial según nivel instrucciones y género.....	61
Tabla 5.....	62
Distribución de 53 usuarios con hipertensión arterial según dependencia económica y género.....	62
Tabla 6.....	64
Distribución de 53 usuarios con hipertensión arterial según trabajo actual y género.....	64
Tabla 7.....	65
Distribución de 53 usuarios hipertensos según familiar con antecedente patológico familiar y género.....	65
Tabla 8.....	67
Según hábito de fumar e ingerir alcohol y género.....	67
Tabla 9.....	68
Según consumo de preparados con cafeína, por género.....	68
Tabla 10.....	69

Según consumo de sal, por género.....	69
Tabla 11.....	70
Según tipo de actividad física, por género.....	70
Tabla 12.....	71
Según tipo frecuencia de la actividad física, por género.....	71
Tabla 13.....	72
Según preparación de los alimentos, por género.....	72
Tabla 14.....	73
Según presión emocional, por género.....	73
Tabla 15.....	74
Según cantidad de actividades diarias que realiza, por género.....	74
Tabla 16.....	75
Según actividad anti stress, por género.....	75
Tabla 17.....	76
Según horas efectivas de sueño, por género.....	76
Tabla 18.....	77
Según actividades para conciliar el sueño, por género.....	77
Tabla 19.....	78
Según preparación de alimentos para control del peso.....	78
Tabla 20.....	80
Según frecuencia de alimentación saludable.....	80
Tabla 21.....	81
según autopercepción del estado de salud.....	81
Tabla 22.....	82
Según cumplimiento de tratamiento.....	82
Tabla 23.....	83
Según automedicación.....	83



Tabla 24.....	84
Según tiempo que dedica al autocuidado.....	84
Tabla 25.....	85
Según búsqueda de información.....	85
Tabla 26.....	86
Según apoyo de la familia.....	86
CAPITULO VII.....	87
DISCUSIÓN.....	87
PROPUESTA DE AUTOCUIDADO	90
CAPITULO VIII.....	92
Conclusiones y recomendaciones.....	92
Conclusiones generales.....	92
Conclusiones específicas	93
Recomendaciones.....	95
CAPITULO IX.....	96
BIBLIOGRAFÍAS.....	96
CAPITULO X.....	99
ANEXOS.....	99

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a Dios por darnos la vida, la cognición, la experiencia y la fuerza para hacer nuestro sueño realidad y guiarnos para salir adelante en los momentos más difíciles.

A nuestra respetada directora y asesora de tesis la Lcda. Cecilia Elisabeth Sinche Rivera por su valioso tiempo, paciencia, entrega y sus valiosos consejos para el desarrollo de esta tesis.

Un reconocimiento especial al Club De Hipertensos Del Subcentro De Salud N°2 De La Parroquia Sinincay que sin su ayuda y acogida no hubiera sido posible la realización de esta tesis especialmente al personal de salud que ahí labora por su aceptación y brindarnos una mano amiga.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca que ha venido rigiendo nuestra formación.

Finalmente agradecemos a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con nosotros en la culminación de nuestra meta trazada.

Los autores

DEDICATORIAS

Dedico este proyecto de tesis a Dios a la virgen de Guadalupe y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, a mis hermanas, hermano y familia en general. También dedico este proyecto siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

Narcisa de Jesús Paguay Asitimbay

A Dios por acompañarme todos los días de mi vida, por su bondad y amor. A mi madre por ser mi amiga mi aliada, mi ejemplo y a mi familia en general, que siempre estuvieron listas para brindarme todo su apoyo en esta tesis y en mi vida.

A mi esposo Freddy gracias por tu infinita paciencia, tu tierna compañía y tu inagotable apoyo, gracias por compartir mi vida y mis logros esta tesis también es tuya, y a mi hija por ser mi inspiración.

Rosa Natividad Mejía Tigre

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La salud entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el completo bienestar físico, mental y social, requiere del ser humano del equilibrio físico y emocional en su diario vivir. La Hipertensión Arterial es un padecimiento crónico de etiología variada y se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea diastólica o sistólica o ambas, y cómo tal presenta una sintomatología, pero lo más llamativo está en los daños asociados a nivel renal, cerebral, por lo que ha adquirido especial notabilidad.

La hipertensión ha sido señalada como la “Asesina Silenciosa” o como la “Epidemia del siglo XXI”, transformándose en un problema de salud pública prioritario, pero que interesa a toda la sociedad, por ser producto de las condiciones socioculturales en las que se desenvuelven las personas. La información proporcionada por la OMS, con ocasión del Día Mundial de la Salud, celebrada el 7 de abril, “hace un llamamiento para intensificar los esfuerzos encaminados a prevenir y controlar la hipertensión arterial. Y estima que en el mundo esta enfermedad afecta a más de uno de cada tres adultos de 25 o más años de edad: unos mil millones de personas. Además esta patología es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. En este marco de información, esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y de ceguera.”⁽¹⁾

Es una enfermedad que se presenta con más frecuencia en el extremo superior de la vida, propiamente en el adulto mayor, pero también se encuentra en personas jóvenes, incluso en menores de 30 años, es un problema de salud pública, que al no tratarse origina muchas enfermedades degenerativas, como insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, daño cerebral. A menudo se

denomina “asesina silenciosa” en virtud que las personas hipertensas pueden no presentar síntomas durante años; aunque no se dispone de curación, el tratamiento reduce las complicaciones de esta enfermedad y sus secuelas, influyendo en esta patología los factores sociales y culturales.⁽¹⁾

La presente investigación tiene su relevancia porque el autocuidado que debe tener la persona con hipertensión arterial, es de suma importancia, para evitar las complicaciones y daños asociados producto de una presión arterial elevada y no controlada, además porque el autocuidado contribuye al éxito terapéutico porque no sólo es importante la medicación sino también otras actividades que contribuyen a ese beneficio, como lo es una alimentación saludable, la actividad física, la tranquilidad emocional para citar unas pocas situaciones, que conociendo como están llevando los pacientes del Club de hipertensos, se podrá plantear las recomendaciones y sugerencias metodológicas para que la mayor cantidad posible de las personas tengan una vida más saludable.

En el Subcentro de Salud N°2 (SCS) de la parroquia Sinincay de la Ciudad de Cuenca, durante la experiencia práctica que se realiza como parte de la formación de enfermería, se observó, la presencia de usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Club de Hipertensos los mismos que no cumplen con las indicaciones dadas en toda su extensión, por ello, la inquietud de verificar el cumplimiento de los diferentes componentes relativos al autocuidado, por parte de las personas con hipertensión arterial que son parte del Club de hipertensos.

La importancia de esta investigación tiene como fin último el mejorar de la calidad en el cumplimiento de los diferentes componentes del autocuidado, y con ello contribuir a una mejor calidad de vida de las personas con hipertensión arterial, porque al cuidarse se contribuye a promover y desarrollar un estilo de vida saludable, considerando la definición que hace Dorothea Orem del autocuidado “como las actividades que los individuos realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomienda la educación, para el autocuidado con la finalidad de promover la salud, prevenir y tratar las enfermedades crónicas, responsabilizando así a las personas por su bienestar y ayudándoles a convivir de la mejor manera con su enfermedad.⁽¹⁾

Es por ello, que este estudio investigativo, el del autocuidado que realizan los adultos mayores pertenecientes al Club de hipertensos del Centro de Salud N°2 de Sinincay, está íntimamente ligado a la profesión de la enfermería, siendo un componente importante del hacer diario de la enfermera profesional el de la vigilancia del cumplimiento del autocuidado, en este caso de los hipertensos, permitirá proponer mejoras metodológicas para que el autocuidado sea mejor aplicado por los pacientes hipertensos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial es un problema creciente de salud pública a nivel mundial, ocasionando casi el 60 % de mortalidad según la OMS, que constituye un 45.9 % de carga mundial de morbilidad, para el año 2020, si las tendencias se mantienen estas enfermedades representarán el 73% de las defunciones y el 60% de la carga de morbilidad a nivel mundial. Estudios epidemiológicos han señalado a esta patología como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados.⁽¹⁾

En América Latina, se ha observado una relación entre la disminución de la calidad y la esperanza de vida de las personas con los bajos niveles de actividad física, sumados la obesidad y antecedentes familiares.

En Ecuador, de cada 100.000 personas, 1.373 tienen problemas de hipertensión, así lo afirma el informe 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Anualmente esta enfermedad causa la muerte a 9,4 millones de personas en el mundo, en la provincia del Azuay, durante el año 2012 se diagnosticó y trataron 8.072 casos de hipertensión, mientras que en 2011 fueron 9.989 casos, registrados en los hospitales y centros de salud pública de la provincia. Según datos obtenidos del INEC 2012.⁽³⁾

Es importante mencionar que el personal de enfermería dentro de sus acciones preventivas, de promoción, curación y rehabilitación, cumple un rol muy importante, dado que está capacitado para realizar una serie de gestiones encaminadas a encontrar una propuesta de Acciones de autocuidado e intervenir en la conducta del usuario hipertenso para una mejor calidad de vida.

El tratamiento terapéutico en las personas con Hipertensión Arterial, tiene como base fundamental la práctica de estilos de vida saludables, la educación, el uso

correcto de medicamentos antihipertensivos y el control médico estricto y periódico.

Sin embargo los usuarios están expuestos a peligros y complicaciones que afectan a órganos diana importantes para el mantenimiento de la vida, es necesario establecer las acciones de autocuidado en los usuarios con hipertensión arterial y si estos son llevados a la práctica, mejorará la calidad de vida de las personas y disminuirá los riesgos que conlleva esta enfermedad. ⁽⁴⁾

Motivados por realizar el estudio de este tema, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación. ¿Qué acciones de autocuidado individual en salud realiza de manera independiente, para sí mismo y por sí mismo la persona atendida en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2 de Sinincay para mejorar su calidad de vida y contribuir al control de la presión arterial?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias, con una presión arterial sistólica mayor a 140mmHg y una presión diastólica sostenida mayor de 90mmHg, la cual va generando pérdida de vida saludable y disminución de años productivos, por la incapacidad física que produce, además de los altos costos para el individuo y las instituciones de salud.⁽⁴⁾

La realización de este estudio tiene relevante importancia en vista que en la unidad de salud N°2 la hipertensión arterial ocupa el décimo segundo lugar y se encuentra entre las principales causas de morbilidad de la parroquia Sinincay.⁽³⁾

Esta problemática está asociada con factores genéticos, estilos de vida, la edad, obesidad, sedentarismo, es por ello que, puede ser prevenible y controlable con acciones como la promoción del autocuidado para la población general; y para las personas con esta patología, permitirá una mejor calidad de vida con disminución de las complicaciones, a lo que se suma que con el autocuidado se contribuye a la formación de un individuo responsable y productivo.

Dorothea Orem explica que existen tres tipos de requisitos de autocuidado, los mismos que son comunes y básicos que ayudan a mantener el bienestar y la salud de los seres humanos, estos requisitos son: Universales, de Desarrollo y de Alteraciones de la Salud.

Consideramos que el Autocuidado es muy importante en las personas que padecen esta enfermedad, ya que se puede prevenir complicaciones, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia a sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.⁽²⁾

Es evidente que una correcta gestión de actividades que realizan las personas en forma voluntaria para mantener la salud y el bienestar, es una herramienta que ayuda a la supervivencia del individuo, especialmente cuando se enfrenta a una enfermedad crónica como la hipertensión arterial. El autocuidado proporciona a la persona los conocimientos y herramientas para tener una mejor calidad de vida, (autocuidado individual) que se encuentran a disposición de la persona, obviando aquellos aspectos externos que no dependen de los pacientes.

El propósito de la presente investigación fue dirigido a determinar la participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos saludables orientados a prevenir complicaciones en los usuarios con hipertensión arterial, las intenciones serán las de delimitar de mejor manera la problemática sobre el Autocuidado de manera que se pueda intervenir de forma más precisa y oportuna en el grupo de usuarios atendidos en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N° 2 de Sinincay.

Con la presente investigación se benefició en gran medida a los usuarios de esta Unidad de Salud, pues se intervino en este Club mediante la retroalimentación y la implementación de la práctica de Autocuidado que contribuyan a disminuir las complicaciones agudas y crónicas de la hipertensión arterial.

Los resultados son difundidos a través de la tesis de grado que como propiedad intelectual, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca podrá hacer uso de ellos de la manera más conveniente como parte de la vinculación con la comunidad.

CAPITULO II

2. MARCOTEÓRICO

2.1 EL AUTOCUIDADO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL.

Medidas imprescindibles que toda persona con hipertensión debe conocer y practicar, porque son sencillas de hacer, y requieren de la voluntad de la persona y del apoyo familiar, para la consecución del éxito, recomendados por la American Society of hipertensión.

1. Monitoreo de la presión arterial de forma regular, sin obsesionarse, procurando que esta revisión sea siempre a la misma hora y en condiciones semejantes. Esfigmomanómetro, que se coloca en el brazo y en apariencia es similar a un reloj.

2. Seguir un plan de alimentación saludable, incrementar el consumo de legumbres (ricas en potasio, calcio y magnesio, que son minerales que facilitan la eliminación de sodio) y alimentos ricos en fibra, como frutas con cáscara (favorecen la eliminación de colesterol antes de entrar al torrente sanguíneo), en tanto que se reducirá el consumo de carnes rojas, ricas en grasas saturadas, y sustituya por carnes blancas, sobre todo pescado; también se erradicarán alimentos ricos en colesterol, como vísceras y huevo. Es muy recomendable seguir una dieta como la mediterránea, que tiene como base el aceite de oliva, cereales integrales, verduras y otros productos que protegen al corazón.

3. Alcance un peso saludable y manténgalo, es mejor bajar de peso bajo la supervisión de un especialista, sin embargo una alimentación como la sugerida en el párrafo anterior y con actividad física, contribuye al fin de bajar de peso y mantenerse en uno ideal. Contribuye para alcanzar el objetivo evitar la alimentación copiosa y controlar el aporte de hidratos de carbono (postres, pastas, pan) y grasa.

4. Hacer ejercicios, es bueno practicar una rutina de ejercicio adecuada a la edad, ya que esta actividad favorece la buena circulación sanguínea, ayuda a lograr una oxigenación adecuada y contribuye a la eliminación de grasas, además de que fortalece al corazón. Por lo menos camine lo más que pueda.
5. Eliminar hábitos dañinos asociados con la hipertensión, como es el consumo de alcohol y tabaco, pues son estimulantes que aceleran el ritmo cardíaco y favorecen la hipertensión.
6. Disminuir el consumo de sal cuando el médico lo aconseje; esto se debe a que grandes dosis de sodio ocasionan retención de agua, por lo que aumenta el volumen de sangre y la fuerza con que el corazón debe bombearla, ocasionando presión arterial alta.
7. Regular tensión y estrés, ya que ambos son causas de hipertensión; se debe procurar una vida tranquila para controlarse mejor y, de ser necesario, se recurrirá a estrategias o rutinas de relajación: acostado o sentado, se respirará profundamente 3 ó 5 veces, y se relajarán en forma paulatina piernas, tronco, brazos, cabeza y cuello, pensando en un color que ayude a tranquilizarse (casi siempre verde o azul).
8. Tomar puntualmente las medicinas que el médico recete, siguiendo estrictamente los horarios y dosis indicadas; nunca se abandonará el tratamiento (aunque los valores al tomar la presión hayan vuelto a la normalidad), salvo orden del especialista. Los fármacos prescritos disminuyen la presión a través de diferentes mecanismos.
9. Determinar con exactitud los niveles reales de colesterol en sangre, a través de exámenes de laboratorio interpretados por el médico. El exceso de grasa disminuye la capacidad de elasticidad de los vasos y propicia mayor fuerza de contracción del corazón.

10. Acudir periódicamente al médico, para que éste siga la evolución del padecimiento, a la vez que aclarará dudas y proporcionará información de interés. Durante la visita, el paciente informará sobre cualquier circunstancia extraña que pudiera aparecer a lo largo del tratamiento. ⁽¹¹⁾

2.2 HIPERTENSION ARTERIAL

2.2.1 antecedentes

La historia de la hipertensión es parte de la historia de la medicina en su intento científico de comprender los mecanismos del sistema cardiovascular, la medida de sus valores (presión arterial) y los efectos que produce en la salud. Las evidencias documentales realizadas sobre la hipertensión se remontan al 2600 A.C. e indican que el tratamiento de la denominada "enfermedad del pulso duro" se realizaba mediante técnicas como la acupuntura, o las de reducción de sangre corporal como la veno-dissección controlada y el sangrado provocado mediante sanguijuelas.⁽⁴⁾

La medida de la Tensión Arterial con carácter clínico no se pudo realizar hasta comienzos del siglo XX, con la invención del esfigmomanómetro y la simple medida indirecta de la tensión arterial detección de los sonidos de Korotkov mediante un estetoscopio. En las primeras décadas de este siglo fue cuando la hipertensión fue considerada como una enfermedad.

Edward David Freis mostró la gravedad de la enfermedad, la industria farmacéutica justo en los años cuarenta, cuando comienza a investigar medicamentos para tratar la hipertensión, ya considerada una enfermedad grave.

En el siglo XX se determina que la reducción del peso corporal (si es el caso), junto con la disminución en la ingesta de alcohol y café se podían mantener los niveles diastólicos y sistólicos de la presión arterial y a comienzos del siglo XXI sólo en unos pocos casos se conocen las causas, se puede controlar los

efectos mediante combinaciones de medicamentos, sin embargo las causas de la enfermedad en cada caso clínico, permanece como un único.⁽⁴⁾

2.2.2 epidemiología

La Hipertensión Arterial afecta a todas las personas, aunque es más frecuente en individuos de raza negra que en personas de raza blanca.

Actualmente se considera como uno de los problemas más importantes de Salud Pública en países desarrollados, afecta a cerca de mil millones de personas a nivel mundial, se estima que del 21 al 25% de la población adulta es hipertenso según la OMS.

Según los informes emitidos en el Boletín Epidemiológico del Ecuador en el 2009, de la lista de enfermedades de prioridad alta, la Hipertensión Arterial se encuentra en el sexto lugar con un número de defunciones de 9097 durante dos años, correspondiendo a un porcentaje de 5.5%. La mortalidad según la etiología considera a las enfermedades cardiovasculares y dentro de estas a la Hipertensión Arterial como la primera causa con un número de defunciones de 50019 dando un porcentaje de 28.42%.⁽¹⁾

2.2.3 Clínica de la hipertensión arterial

Es el aumento de la presión arterial de forma crónica, es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente, las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre, a esto se conoce con el nombre de arterosclerosis.⁽⁴⁾

La presión arterial, es la resultante de la resistencia de las paredes arteriales al paso de la sangre que es impulsada desde el corazón, y la reacción elástica de la arteria a dicha presión. De la definición se desprende la intervención de varios componentes para la producción de la presión arterial, entre ellos están la elasticidad de las paredes arteriales, el volumen sanguíneo, el diámetro arterial, y las resistencias periféricas. Existe dos momentos de la presión arterial la una en relación con la sístole cardiaca, que representa la contracción cardiaca, llamada por consiguiente presión sistólica; y la otra con la diástole cardiaca, que corresponde al momento de relajamiento cardiaco, denominada presión diastólica, cada una de ellas tiene un rango de normalidad, así la sistólica es de 110 a 130 y la diastólica de 70 a 80 mm Hg.

La presión arterial se modifica constante, es muy sensible a los diferentes cambios de volumen sanguíneo, a situaciones emocionales, a los cambios climáticos, a la presión atmosférica, a respuestas hormonales, al funcionamiento renal para citar unas cuantas situaciones relacionadas directamente con la presión arterial, y que antes de ubicar en una categoría de clasificación al valor de la presión arterial, es necesario considerar los otros componentes. De allí que un valor de la presión arterial, por sí mismo indica que está dentro de los rangos normales, pero también indica sólo un valor necesario de contextualizar antes de emitir un juicio de clasificación.⁽¹²⁾

2.2.4 Anatomía y Fisiología

2.2.5 el corazón: es el órgano principal del sistema circulatorio, es un órgano musculoso y cónico situado en la cavidad torácica, funciona como una bomba, impulsando la sangre a todo el cuerpo, su tamaño es un poco mayor que un puño, está dividido en cuatro cavidades, dos superiores, llamadas aurícula derecha (atrio derecho) y aurícula izquierda (atrio izquierdo), y dos inferiores, llamadas ventrículo derecho y ventrículo izquierdo, el corazón es un órgano muscular autocontrolado, una bomba aspirante e impelente, formado por dos bombas en paralelo que trabajan al unísono para propulsar la sangre hacia todos los órganos del cuerpo, las aurículas son cámaras de recepción, que

envían la sangre que reciben hacia los ventrículos, que funcionan como cámaras de expulsión.⁽⁴⁾

La función de la circulación es servir a las necesidades de los tejidos, transportar nutrientes, alejar los desechos, conducir las hormonas.

Se divide en:

Circulación sistémica: el sistema está constituido por el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre, el corazón impulsa la sangre a través de los dos sistemas vasculares.

Circulación pulmonar: el flujo de sangre pasa junto a la membrana alveolo capilar, capta oxígeno y elimina CO₂. En la circulación general, la sangre oxigenada es bombeada a los tejidos que tienen metabolismo, y los productos derivados de éste son retirados para ser eliminados por el riñón, hígado y pulmones.⁽⁵⁾

2.3 SIGNOS VITALES

Las mediciones más frecuentes obtenidas por los profesionales sanitarios son la temperatura, pulso, la tensión arterial, el ritmo respiratorio y saturación de oxígeno. Como mediadores del estado de salud, estas medidas indican la efectividad de las funciones corporales circulatoria, respiratoria, nerviosa y endocrina. Dada su importancia se denomina signos vitales. Existen muchos factores como la temperatura ambiental el esfuerzo físico del cliente y los efectos de una enfermedad que provocan un cambio en los signos vitales, a veces fuera de los límites aceptables. La medición de los signos vitales proporciona datos para determinar el estado de salud habitual del cliente (datos basales) y la respuesta a esfuerzos físicos y psicológicos a tratamientos médicos y enfermeros un cambio en los signos vitales puede indicar un cambio en una función fisiológica una alteración en los signos vitales puede señalar la necesidad de intervención médica o enfermera.

2.3.1 Valoración de la Tensión Arterial

La tensión arterial puede valorarse directamente (de manera invasiva) o indirecta (de manera no invasiva). El método directo requiere la introducción de un catéter delgado en la arteria. Un tubo conecta el catéter con un equipo electrónico de monitorización. El monitor muestra una onda y una lectura constante de la tensión arterial. A causa del riesgo de pérdida repentina de sangre de una arteria, la monitorización invasiva de la tensión arterial solo se utiliza en instalaciones de cuidados intensivos. El método no invasivo más frecuente requiere el uso de un esfigmomanómetro y de un estetoscopio. La enfermera mide la tensión arterial indirectamente mediante la auscultación o la palpación. La auscultación es la técnica más ampliamente utilizada. ⁽⁷⁾

2.3.2 Equipo de Tensión Arterial

Antes de valorar la tensión arterial, la enfermera debe sentirse cómoda utilizando el esfigmomanómetro y el estetoscopio. Un esfigmomanómetro consta de un manómetro de presión, un manguito de tela o de vinilo oclusivo que incluye una cámara de goma hinchable y un bulbo de presión con una válvula de liberación que hincha la cámara. Los dos tipos de manómetros son el aneroide y el de mercurio, ambos tipos pueden instalarse en la pared o transportarse.

El manómetro aneroide tiene un indicador circular encerrado en cristal que contiene una aguja que registra calibraciones milimétricas. Antes de utilizar el modelo aneroide, la enfermera debe asegurarse de que la aguja apunta hacia el cero y de que el manómetro está correctamente calibrado. Los esfigmomanómetros aneroides requieren una calibración biomédica a intervalos regulares para verificar su exactitud. Los manómetros aneroides tienen la ventaja de ser ligeros, portátiles y compactos. ⁽⁷⁾ A causa de que las partes metálicas del modelo aneroide están sujetas al aumento o disminución de la temperatura, el instrumento aneroide es menos fiable que el de mercurio

2.3.3 Procedimiento para la toma correcta de la presión arterial.

La toma de la presión arterial debe efectuarse de manera correcta con la finalidad de evadir los falsos negativos e incluso falsos positivos.

1. El usuario debe estar de preferencia sentado, con la espalda recostada contra el respaldo y el miembro superior deberá reposar sobre la superficie del escritorio, el antebrazo debe estar a la altura del corazón, las plantas de los pies deben estar apoyadas sobre el piso sin cruzar las piernas.
2. Después de algunos minutos de reposo de preferencia 5 a 15 minutos se coloca un manguito de tamaño apropiado, indicar al usuario que se valorará la tensión arterial, el usuario no debe hablar mientras se está realizando la medición.
3. Lavarse las manos cuando el usuario ya está sentado, colocar en el antebrazo o en el muslo del individuo si es necesario, girar la palma de la mano hacia arriba o el muslo colocar ligeramente flexionada, colocar el manguito.

2.3.4 etiología

Se entiende que la hipertensión arterial hace referencia al incremento de la presión arterial de la sistólica de 140 y más mm Hg y la diastólica de 90 y más mm Hg. Sin embargo existen criterios que dan unos márgenes, desde la prehipertensión hasta el estadio II o grado III, como se aprecia en la tabla siguiente, elaborada por la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia.

**Tabla 1.1: Clasificación según niveles de presión arterial. ESH/ESC 2003.
SEH-LELHA 2005**

Categoría PA	Normotensión o HTA controlada			Hipertensión Arterial		
	Optima	Normal	N-Alta	Grado I	Grado II	Grado III
PAS, mm Hg	< 120	120 - 129	130 – 139	140 - 159	160 - 179	≥ 180
PAD, mm Hg	< 80	80 - 84	85 – 89	90 - 99	100 - 109	≥ 110
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	Normal**	Prehipertensión**		Estadio I**	Estadio II**	

**En la fila inferior se representan los niveles de Presión según el JNC-7¹

En el 90% de los casos de Hipertensión Arterial la causa se desconoce, el mecanismo denominada hipertensión esencial, primaria o idiopática, en la hipertensión esencial no se han descrito todavía las causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren, conviene separar aquellos relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por lo tanto son poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.⁽⁶⁾

Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales, a este grupo etiológico se denomina (Hipertensión Arterial secundaria) y se relaciona con una serie de factores como:

A) Herencia: cuando los padres son hipertensos los hijos desarrollan hipertensión.

¹ Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>. Martes 25 de marzo del 2014.

B) Sexo: los hombres tienen más predisposición a desarrollar Hipertensión Arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala.

C) Edad y raza: la presión arterial sistólica y la diastólica aumentan con los años, individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

D: Sobrepeso: los individuos con sobrepeso están más expuestos a ser hipertensos, la frecuencia de la Hipertensión Arterial entre los obesos independientemente de la edad es de dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. ⁽⁶⁾

2.3.5 Fisiopatología

La Hipertensión Arterial produce cambios hemodinámicos macro y micro-vasculares producidos por disfunción del endotelio vascular y por el engrosamiento de la pared de las arteriolas de resistencia responsables de mantener el tono vascular periférico que causan lesiones orgánicas específicas. ⁽¹³⁾

Uno de los primeros mecanismos fisiopatológicos es la alteración en la autorregulación del lecho vascular en especial los cerebrales y renales, esta falta de la autorregulación puede llevar a la isquemia de estos órganos.

La autorregulación es la capacidad que tiene los vasos sanguíneos de dilatarse o de vasocontraerse para mantener la perfusión adecuada (riego sanguíneo en los tejidos) durante todo el tiempo, este mecanismo permite mantener buenas perfusiones con alto rango de presión arterial media (entre 60 y 140 mmHg) en personas hipertensas, este equilibrio en las curvas de presión/flujo permite en que situaciones crónicas de hipertensión se siga manteniendo una perfusión aceptable evitando fenómenos isquémicos. ⁽⁵⁾

Cuando la presión se eleva por encima del rango que permite la autorregulación se produce daño tisular por una autorregulación excesiva, pérdida completa de la autorregulación o de la integridad vascular.

Los cambios estructurales compensatorios hacen que las personas hipertensas tengan más tolerancia y no presenten problemas graves con tensiones elevadas, por lo tanto si se baja demasiado rápido la presión en una crisis hipertensiva se puede agravar la isquemia de los órganos comprometidos (cerebro, riñón). Esta pérdida de la capacidad de regular y la caída de la presión súbita conducen a un mayor hipo-perfusión.

Los mecanismos hemodinámicos dependen del tono de la pared muscular de las arterias y arteriolas, son los más rápidos en actuar en la autorregulación y están influidos directamente por los factores hormonales, renales y del sistema nervioso autónomo como los barorreceptores aórticos y los carotídeos que detectan el aumento de la presión y conducen los impulsos al tronco del encéfalo produciendo la inhibición del centro vasoconstrictor y la estimulación del centro vagal en una primera instancia llevando a la bradicardia y a la hipotensión para superar a la hipertensión arterial, pero cuando esta no puede regular, conlleva aún más al daño endotelial.

El daño en el endotelio arterial produce alteraciones en la circulación renal, estimulando el aparato yuxtaglomerular que incrementa la producción de renina plasmática, una enzima producida y almacenada en las células yuxtaglomerular que actúa sobre la angiotensinógeno (globulina sintetizada en el hígado) y convierte angiotensina I en angiotensina II y estimula síntesis de aldosterona, la angiotensina II es un potente vasoconstrictor por lo tanto incrementa la presión arterial con la aparición de lesiones producto del equilibrio presión flujo. ⁽⁵⁾

2.4 CLASIFICACIÓN

Hay dos tipos de hipertensión arterial:

2.4.1 Hipertensión primaria o esencial

Entre el 20 y el 25% de la población adulta en Estados Unidos padece hipertensión, de esta población el 90 y 95% tiene **hipertensión primaria** lo que significa que el motivo de la elevación de la presión arterial no puede identificarse, del 5 al 10 % de esta población tiene presión arterial elevada que se relaciona con causas específicas como estenosis de las arterias renales, nefropatía uso de ciertos medicamentos.

2.4.2 Hipertensión arterial secundaria

Un número proporcionalmente escaso de hipertensos corresponde a distintos tipos de hipertensión secundaria, donde se pueden identificar causas específicas de la hipertensión, en términos generales la aparición de hipertensión en menores de 30 años o mayores de 50 años, la magnitud importante o el difícil manejo de la presión o la aparición de complicaciones precozmente, sugieren una causa secundaria.

De igual forma debe conocer que existen factores de riesgo que actúan como iniciadores o aceleradores de la hipertensión arterial que especifican que la hipertensión arterial no tiene una causa conocida, pero existen unos factores de riesgo que la condicionan, entre los cuales están los no modificables como los factores genéticos que guardan relación con la historia familiar como el sexo y el grupo étnico. ⁽⁴⁾

2.5 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

En relación a los factores de riesgo modificables, son aquellas que el individuo puede modificar, entre ellos, la obesidad, las emociones intensas, el consumo

excesivo de bebidas alcohólicas, café, tabaco, sedentarismo, los cuales se consideran factores contribuyentes

- Tabaquismo
- Obesidad
- Sedentarismo
- Síndrome metabólico
- Estilos de vida
- stress

2.6 COMO INFLUYEN LOS HÁBITOS DE VIDA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

2.6.1 tabaco.

Se sabe que el hábito de fumar cigarrillos se asocia a un aumento transitorio de los niveles de presión arterial en pacientes con hipertensión y también en personas con cifras de presión arterial dentro de los límites de la normalidad.

2.6.1.1 ¿Cómo ocurre el aumento de la presión arterial?

Inmediatamente después de fumar un cigarrillo, por efecto de la nicotina, aumentan en el organismo los niveles de ciertas sustancias llamadas catecolaminas que provocan contracción de los vasos sanguíneos. Como consecuencia, es necesaria más fuerza para que la sangre se mueva por conductos más estrechos y es así como se elevan las cifras de presión arterial.

Este efecto es más pronunciado con el primer cigarrillo del día porque esta modalidad de fumar favorece la retención de sodio y otras sustancias como el cadmio que contribuyen aún más a incrementar las cifras tensionales. Algunos estudios sugieren que también las personas que mascan tabaco están en riesgo, dado que determinadas marcas adicionan como saborizante una sustancia conocida como regaliz que favorece el aumento de la presión arterial.

2.6.1.2 ¿Puede un fumador tener presión arterial normal?

El aumento de la Presión Arterial asociado al tabaquismo, al ser transitorio, puede no ser registrado cuando el usuario concurre a la consulta, ya que abstenerse de fumar durante la media hora previa a la toma de presión es uno de los requisitos para hacer la medición.

2.6.1.3 la hipertensión arterial y el tabaquismo

La hipertensión arterial y el tabaquismo son dos afecciones crónicas muy frecuentes que se presentan cada una de ellas por separado en más del 30% de la población adulta, y hasta en el 5% en forma conjunta. La coexistencia de ambas enfermedades compromete la función del corazón aumentando hasta 4,5 veces el riesgo coronario.

2.7 Alcohol

Se considera, que la ingesta excesiva de alcohol es una de las causas más fácilmente reversibles de Hipertensión Arterial y el 8 % de la hipertensión en los hombres puede ser debida a una ingesta excesiva del mismo. El alcohol debilita las acciones del tratamiento farmacológico hipotensor quienes consumen grandes cantidades de alcohol pueden sufrir más frecuentemente de ACV (accidentes cerebro vascular) hemorrágicos que aquellas personas que no consumen alcohol o lo hacen moderadamente.

2.8 Sal

Se ha visto que un aumento del consumo de sodio se asocia significativamente con un aumento por mortalidad cardiovascular y accidentes cerebrovasculares especialmente en usuarios obesos y la restricción dietética de sodio reduce los riesgos de padecer eventos cardiovasculares.

2.9 Actividad Física

El ejercicio físico regular (caminatas, natación, ciclismo) confiere una protección independiente contra las enfermedad cardiovascular y tiene un

efecto similar al de dejar de fumar por lo cual tiene un importante papel en el tratamiento del usuario hipertenso. Es útil que el ejercicio sea prolongado, dinámico, isotónico de las grandes masas musculares sin llegar al agotamiento extremo.

El ejercicio provoca una reducción de la resistencia vascular por caída del tono simpático. A nivel muscular incrementa la red de capilares y mejora el aprovechamiento del oxígeno por aumento de la citocromooxidasa mitocondrial. También disminuye la viscosidad sanguínea y el nivel de tromboxano B2, mejora la sensibilidad a la insulina y eleva la concentración de HDL-colesterol.

2.10 Cambios en la Dieta

La adopción de unos hábitos dietéticos consistentes en un incremento del consumo de frutas y verduras, así como de productos lácticos desnatados y la reducción del consumo de carnes rojas (dieta DASH) tienen un efecto antihipertensivo notable.

Aunque no está probado que la dieta mediterránea tenga efecto sobre las cifras de PA, otras modificaciones dietéticas como el consumo de ajo o la utilización de suplementos de calcio, magnesio, potasio, hierbas medicinales, soja o fitosteroles no tienen una eficacia antihipertensiva probada.⁽¹¹⁾

2.11 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Al respecto, los factores no modificables son aquellos donde el individuo no tiene control alguno, entre ellos está la historia familiar, el sexo y la edad.

- **Herencia genética.**

La historia familiar: al parecer la predisposición genética, se asocia con individuos de raza negra, los hijos de padre hipertensos experimentan mayor riesgo de hipertensión arterial a una edad más joven.

- **Género**

En la hipertensión arterial afecta más mujeres que varones, aunque en los últimos años se ha demostrado que las cifras en hombres y mujeres son iguales

- **Edad**

En la hipertensión esencial suele comenzar como un proceso inestable (Intermitente) en persona cerca de los 40 años a algo más de 50 años y poco a poco se vuelve fija.

- **Raza**

Es mucho mayor en personas de raza negra que en la caucásica raza blanca o mestiza.

2.12 MANIFESTACIONES CLINICAS

Los sujetos hipertensos pueden estar asintomáticos durante muchos años sin embargo la aparición de signos y síntomas específicos por lo general indican lesiones vasculares y las manifestaciones clínicas dependen de los órganos y sistemas que reciben riego sanguíneo por los vasos afectados. La arteriopatía coronaria con angina, infarto, y paro cardíaco, o ambos es la secuela más común de la hipertensión, la hipertrofia ventricular izquierda surge como respuesta al aumento en la carga de trabajo del ventrículo la presión elevada en la circulación general cuando el daño al corazón es considerable ocurre insuficiencia cardíaca los cambios patológicos renales suelen manifestarse en forma de nicturia. La afección cerebrovascular puede conducir a apoplejía o isquemia cerebral transitoria que se manifiesta mediante la alteración de la visión o el habla, vértigo, fatiga, mareo, una caída súbita o parálisis unilateral transitoria. ⁽⁶⁾

2.13 LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES SON

- ✓ Cardiopatía
- ✓ Apoplejía o isquemia cerebral transitoria
- ✓ Nefropatía
- ✓ Arteriopatía periférica
- ✓ Retinopatía.

2.14 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

- **Clínico:** a través del examen físico, la medición de la presión arterial en la que se encontrará hipertensión por lo tanto para realizar el diagnóstico certero será necesario realizar un monitoreo continuo de la presión arterial.
- **Laboratorio:** Examen de sangre: hemoglobina, hematocrito perfil lipídico, electrolitos y análisis de orina.
- **Radiológico:** Ecocardiografía, angiografía, ecografía de los riñones.⁽⁴⁾

2.15 TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de la hipertensión arterial es prevenir la muerte y complicaciones al disminuir y mantener la presión arterial entre 140/90 mmHg o menos.

Las opciones de tratamiento para la hipertensión exteriorizan las modificaciones recomendadas, el médico utiliza el algoritmo junto con los datos de la valoración de los factores de riesgo y la categoría de presión arterial del usuario para elegir el plan terapéutico inicial y subsiguiente. Los hallazgos de las investigaciones demuestran que la pérdida de peso, la reducción en el consumo del alcohol y sodio y la actividad física regular son adaptaciones efectivas en los estilos de vida que reduce la presión arterial, los datos

recientes muestran que una dieta con un contenido elevado de frutas y vegetales pueden prevenir el desarrollo de hipertensión y disminuir la presión arterial elevada.

En la hipertensión arterial enfermería juega un papel importante, ya que entre sus funciones se encuentra la de fomentar las acciones de autocuidado, para esto la enfermera debe educar a las personas a cerca de su patología y recomendar a esta población evitar los factores que favorecen las complicaciones. ⁽⁴⁾

Las Acciones de Autocuidado son básicas para prevenir complicaciones agudas y crónicas, así mejorar la calidad de vida del usuario a través de la educación para que la persona aprenda a conllevar su problema de manera independiente. ⁽²⁾

2.16 ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN USUARIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

En un estudio realizado por Landeros y otros, estimaron las capacidades de autocuidado (CAC) para hipertensión arterial tomando como universo 120 personas de 20 a 69 años de una comunidad rural, donde se encontró que el grupo de personas sin Hipertensión Arterial percibe sus capacidades de autocuidado (que teóricamente las habilita para mantenerse en un estado de salud aceptable), relativamente más bajo que las personas con Hipertensión Arterial. Al parecer, la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad. Una posible explicación es que las personas sin HTA, que se perciben sanos no consideran necesaria la posibilidad de desarrollar sus capacidades de autocuidado, en este sentido, Orem refiere que el factor que más influye en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta, es la alteración percibida de su estado de salud. ⁽⁸⁾

Un trabajo de grado realizado en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, estableció el autocuidado para la prevención, control y tratamiento de la enfermedad, tomando como universo a 160 personas con diagnóstico de hipertensión arterial que asistían en forma regular y que tenían una antigüedad de seis años en el programa de Centro día CAFAM, Bogotá en relación a las actividades de prevención, el 54% cumple con los hábitos alimenticios propios para su enfermedad, el 64.25% lo hacen con los hábitos tóxicos y el 59% realizan ejercicio físico con frecuencia, pudiéndose afirmar que el 61% de la población asume estilos de vida saludables relacionados con la hipertensión arterial. En cuanto a las actividades de control, el 98% realizan acciones de autocuidado encaminadas a mantener cifras tensionales acordes con la edad y para prevenir complicaciones. Respecto a las acciones y decisiones que asumen las personas de edad para tratamiento de hipertensión arterial, el 68% realiza actividades relacionadas con el tratamiento farmacológico, el control de peso y el control médico. Se concluye que el déficit de autocuidado y las complicaciones de la hipertensión arterial están directamente relacionados con la información y adopción de estilos de vida saludables por lo tanto es importante que los estilos de vida benéficos para la salud se inicien desde la infancia y permanezcan.

El estudio de Do Amaral, evaluó el predominio de hipertensión informada entre los ancianos de Campinas, São Paulo, Brasil, identificando los factores relacionados, el uso de servicios de salud, y el conocimiento y prácticas relacionadas con las opciones del tratamiento. La muestra constó de 426 usuarios de 60 y más años de edad, donde se encontró que el predominio de hipertensión era 51.8% (46.4% en los hombres y 55.9% en las mujeres) y era más alto en el anciano con menos educación (55.9%), inmigrantes de otros Estados (60.2%), y aquellos con sobrepeso u obesidad (57.2%). Los resultados indican que los servicios de salud están asegurando el acceso al cuidado médico (71.6% tienen las citas del médico regulares) y medicación (86.7% toman su medicación rutinaria), sin distinción acerca del estado socio-económico. Sin embargo, las desigualdades sociales persisten en el conocimiento y uso de otras medidas para controlar la tensión arterial, como la

dieta apropiada y la actividad física, que son insuficientemente utilizadas por los estratos socio-económicos más privilegiados.⁽⁹⁾

Por su parte, Arrioja, explica el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, la autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial pertenecientes a dos estratos socioeconómicos. La muestra fue de 255 pacientes pertenecientes al estrato Medio (190 pacientes de la clínica de los servicios médicos UANL) y 65 pacientes de estrato Bajo (de la unidad médico familiar número 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social). Los resultados de éste estudio permitieron verificar la relación entre los indicadores de los conceptos, factores personales biológicos psicológicos y socioculturales, autoeficacia percibida, apoyo social y conducta promotora de salud. Las variables sexo, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico y la percepción del estado de salud afectaron significativamente el estilo de vida (responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés, no consumo de alcohol y no consumo de tabaco) del paciente con hipertensión arterial.⁽¹⁰⁾

2.17 EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE OREM

Surgió a partir del esfuerzo individual de varios líderes de la enfermería, estas personas buscaron una mejor formación, vieron las limitaciones del modelo médico y de las teorías y sistemas de otras teorías para describir, explicar y predecir los resultados de enfermería, intentaban establecer una sólida base científica para las actividades de gestión, planes de estudio, ejercicio profesional e investigación en enfermería.

Es uno de los modelos conceptuales de enfermería, que nos da un marco de referencia distintivo, sobre aspectos de los seres humanos, su entorno y salud, el cual proporciona directrices importantes a los profesionales dentro del campo de la enfermería, es la teoría de déficit de autocuidado.⁽²⁾

Dorothea Elizabeth Orem, es una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en Baltimore Maryland, inicio su carrera de enfermería en la escuela de enfermería de Providence Hospital de Washington, finalizo su diplomatura a principios de la década de los treinta, su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, la enfermería Hospitalaria y la Docencia.

Durante siete años entre 1949 y 1957 trabajo en la división de servicios institucionales y Hospitalarios del departamento de salud del estado de India con el objetivo de mejorar la calidad de la enfermera en los hospitales generales del estado, Orem se pregunta: ¿Cuál es el dominio y cuáles son sus límites de enfermería como campo de conocimiento y como campo de práctica?; o ¿Qué es lo que hacen las enfermeras y que es lo que deberían hacer?; o ¿Por qué las enfermeras hacen lo que hacen?; o ¿Cuál es el resultado de lo que las enfermeras hacen?

Ante estas preguntas, de no fácil respuesta, ella reflexiona, interrogándose, en los siguientes términos: ¿Porque los individuos necesitan la ayuda de la enfermería, y porque pueden ser ayudados por mí? A partir de esta pregunta reflexión, Dorothea Orem desarrolla su teoría del déficit de Autocuidado que se expresó en 1979 como una teoría general de enfermería. ⁽²⁾

2.17.1 Según esta teoría, existen unas definiciones necesarias para que pueda ser operativa la propuesta de enfermería, así:

Enfermería, es un servicio humano e indica que el aspecto especial de la enfermería es una necesidad personal de proporcionar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la vida y la salud o para la recuperación tras la enfermedad o la lesión.

Orem este punto, pone énfasis en el autocuidado, sobre el cual se efectúa un valioso trabajo que pretende conseguir un amplio soporte empírico, científico y practico a través de la investigación y la aplicación consuetudinaria en el hacer de la enfermería.

2.17.1.1 Hombre

Para Orem un ser humano es una unidad que funciona biológica, psicológica y socialmente; los seres humanos se distinguen de otros seres vivos por: su capacidad para reflexionar sobre sí mismos y sobre su ambiente, para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas y palabras) al pensar y comunicarse al orientar sus esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para él y para otros.

El hombre es visto como un todo indivisible mayor a la suma de sus partes que interactúa con el entorno al que pertenece y que se encuentra un ritmo propio.

2.17.1.2 Salud

En este modelo la salud es vista como un término para describir la totalidad o integridad del ser humano y cualquier desviación de la estructura normal es considerada como ausencia de la salud, entonces la salud se refiere como un conjunto determinado de valores, de características humanas específicas, que simultáneamente revela algún aspecto de la existencia de la persona, es decir la salud se caracteriza por la totalidad de estructuras humanas desarrolladas y del funcionamiento corporal, mental y espiritual.⁽²⁾

2.17.1.3 Relación hombre-salud

Orem explica esta relación a un nivel filosófico más que experiencial-empírico, relaciona persona y salud, diciendo que salud es un estado de integridad o totalidad que puede ser evaluado en base a las necesidades de sentirse bien o enfermo, esta evaluación implica que los individuos saben lo que la salud significa para ellos, además dice que la salud es aquello que hace humano a una persona, de esta manera Orem relaciona como un conjunto de mecanismos fisiológicos y psicológicos con una estructura material ligada a la consistencia con otros seres humanos porque la salud está vinculada íntimamente con las personas.

2.18 Teoría General del Déficit de Autocuidado.

Orem sustenta su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

2.18.1 Teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado): Muestra aquello que las personas necesitan saber, que se quiere y que se debe estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos. Se necesitan los datos sobre las acciones usuales de autocuidado del individuo, capacidades especializadas y otros factores básicos que condicionan la demanda y capacidad para la acción. ⁽²⁾

2.18.2 Teoría del déficit de autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas): postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones del cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada por lo tanto, puede ser identificada claramente.

2.18.3 La teoría de los sistemas de enfermería(describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería): proporcionan el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

2.19 LA PROPUESTA DEL AUTOCUIDADO DE “DOROTHEA OREM”

El autocuidado es una actividad que es realizado de manera independiente por uno mismo para sí mismo, cuando ha llegado al estado de madurez que le capacita para la acción consistente, controlada y dirigida hacia un objetivo. En la vida diaria, las personas maduras y en proceso de maduración, realizan

acciones y secuencias aprendidas y dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, a fin de descubrir los requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, la regulación continua de su propio funcionamiento y desarrollo, para contribuir en beneficio de la vida, a su auto-mantenimiento, a la salud y al bienestar personal.⁽²⁾

Se le denomina teoría de enfermería del autocuidado porque es descriptivamente explicativa de la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas.

2.19.1 Requisitos de autocuidado

Los requisitos de autocuidado son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, son medios para llevar a cabo las acciones que contribuyen el autocuidado, según Dorothea Orem los requisitos se pueden desglosar en tres categorías:

- ❖ Los requisitos Universales.
- ❖ Los requisitos del Desarrollo.
- ❖ Los requisitos de Desviación de salud.

2.19.1.1 Requisitos Universales de Autocuidado

Son comunes para todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos factores representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad

que son procesos de desarrollo en los que se adquiere conocimientos, se forman los valores y expectativas, la interacción social proporciona oportunidades en el intercambio de ideas y de culturas para la socialización y el logro del potencial humano.⁽²⁾

2.19.1.2 Requisitos del Autocuidado Relativos al Desarrollo

Son procesos de desarrollo humano con condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital que promueven procedimientos para la vida y maduración, Orem dice que existen dos tipos de autocuidado relativos al Desarrollo:

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y el progreso humano hacia niveles estructurales, de maduración, durante la vida intrauterina, nacimiento, etapa neonatal, infancia, adolescencia, edad adulta, embarazo en adolescencia o en edad adulta.
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano como: educacional, adaptación social, individualización saludable, pérdidas familiares-amigos-asociados, pérdida de la seguridad laboral, cambios bruscos de residencia y su entorno, mala salud o incapacidad, enfermedad terminal y muerte inminente.⁽²⁾

2.19.1.3 Requisitos del Autocuidado de las Alteraciones de la Salud

Se encuentran asociados con defectos constitucionales, genéticos y desviaciones humanas estructurales, funcionales con sus efectos y las medidas de diagnóstico y tratamiento.

La enfermedad o la lesión no solo afecta a las estructuras o mecanismos fisiológicos, psicológicos sino al funcionamiento humano integrado, la capacidad de acción del desarrollo del individuo resulta dañada de forma permanente o temporal requieren del autocuidado para proporcionar alivio.

Las características de las desviaciones de la salud como condiciones que se extienden a lo largo del tiempo determinan el tipo de demandas de cuidados que los individuos experimentan mientras viven con los efectos de las condiciones patológicas y las sufren mientras duran.

Este análisis del autocuidado de las alteraciones de la salud ha demostrado que en tales situaciones las necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o su tratamiento, para que estas personas con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios y oportunos para su propio cuidado. ⁽²⁾

2.20 Teoría del Sistema de Enfermería de Dorothea Orem

Es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y de las enfermeras.

Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen iguales limitaciones para ocuparse del cuidado dependiente, para familias y otras unidades multipersonales.

2.21 Tipos de sistemas de enfermería

Se han identificado tres tipos de sistemas de enfermería que son: totalmente compensador, parcialmente compensador y de apoyo educativo, depende de quien pueda o deba realizar las actividades de autocuidado.

2.21.1 Sistemas de enfermería totalmente compensadores

Son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del usuario para realizar actividades que requieran movimientos de deambulaci3n y de manipulaci3n.

El usuario es incapaz de ocuparse de controlar su posici3n y movimiento, no responde a est3mulos internos y externos debido a la p3rdida de habilidad motora, son conscientes y capaces de emitir observaciones pero tienen orden de restringir sus movimientos.

2.21.2 Sistemas de enfermería parcialmente compensadores

Son aquellas en las que tanto la enfermera como el usuario realizan medidas de asistencia y otras actividades que implique labores manipulativas, la persona tiene una limitaci3n de las habilidades de manipulaci3n que impiden las demandas de autocuidado, el rol de la enfermera en este sistema requiere el uso de cinco m3todos de ayuda:

- 1) Realizar algunas medidas de autocuidado por el usuario.
- 2) Compensar cualquier limitaci3n de autocuidado que puede tener el usuario,
- 3) Ayudar al usuario seg3n requiera.
- 4) El usuario tiene la responsabilidad de realizar algunas medidas de autocuidado.
- 5) Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermer3a cuando sea apropiado.

2.21.3 Sistemas de apoyo educativo

Son para aquellas situaciones en que el usuario es capaz de realizar o pueda y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terap3utico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda, en este sistema requiere que la enfermera ense3e al usuario a modificar su entorno y reducir

las distracciones que sean innecesarias, además desarrollara las capacidades de autocuidado. ⁽²⁾

Al usuario le faltan conocimientos o habilidades, o no están psicológicamente dispuestos a realizar las acciones de autocuidado que requieren movimientos controlados, que deberían realizarse sólo una vez o realizarse continuamente durante algún tiempo, pero son técnicamente complejos y requieren juicios informados de decisiones en cada paso de la ejecución.

CAPITULO III

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre de la Institución: Centro de Salud N° 2 “SININCAY “.

Dirección: Sinincay Centro.

Tipo de Institución: público-Gubernamental.

Ubicación Geográfica: el Subcentro de Salud N° 2 “Sinincay” se encuentra ubicado en la provincia del Azuay, Cantón, Cuenca Parroquia Sinincay, en una zona rural, junto a la Iglesia central.

Grafico N°1

Subcentro de salud N°2 de la parroquia Sinincay



Fuente: Subcentro de Salud de Sinincay

Fotografiado por: Las autoras

3.2 Misión de la Institución

El Subcentro de Salud N° 2 de Sinincay, es una institución perteneciente al MSP, que brinda servicios de atención primaria de salud ambulatoria con calidad, calidez, eficacia y eficiencia, equidad, basado en el modelo de salud dirigida al usuario, familia y comunidad con enfoque cultural, para satisfacer las necesidades y así mejorar la calidad de vida.

3.3 Visión de la institución

Beneficiar a la comunidad con condiciones de vida saludable, acceso gratuito y universal a los servicios que prioricen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, que garantice prestaciones de Salud de calidad con calidez, eficiencia, equidad, respetando la cultura ancestral, bajo la rectoría del MSP, con la participación activa de todos los actores y con talento humano comprometido, capacitado que establezca un ambiente agradable.

3.4 Organización Administrativa

El Subcentro De Salud de la parroquia Sinincay se encuentra integrado por el siguiente personal.

- Tres Médicos generales.
- Tres odontólogos.
- Un médico residente.
- Dos licenciadas en enfermería.
- Cuatro internas de enfermería.
- Una laboratorista

3.5 AMBIENTE FISICO, ESPACIOS, USOS, SERVICIOS: el Subcentro de salud N° 2 de Sinincay cuenta con una planta alta y otra planta baja.

3.6 PLANTA BAJA

Instalaciones existentes

- **Estadística:** donde se realiza apertura de fichas, entrega de turnos a los usuarios para los diferentes consultorios médicos.
- **Farmacia:** donde se expende medicamentos genéricos recetados por los médicos, en forma gratuita.

- **Odontología:** consta de tres consultorios, para todas las edades.
- **Estación de Enfermería:** en esta área se realiza la preconsulta y la somatometría.
- **Triaje:** en esta área se prepara a usuarios que llegan por primera vez a la consulta, también se atienden a usuarios con Tb. y la entrega de Medicamentos para los DOTS.
- **Vestidores:** para el personal de enfermería y laboratorio
- **Vacunación:** a todos los usuarios con todas las vacunas que brinda el Ministerio de Salud Pública.
- **Baños:** dos para el personal que labora, 2 baños para los usuarios del Subcentro de Salud.

3.7 PLANTA ALTA

Se localiza las siguientes instalaciones

- **Departamento de curaciones:** aquí se realiza procedimientos especiales a los usuarios del Subcentro de salud N°2 de Sinincay como: administración de medicamentos ya sea intravenoso, intramuscular, curaciones, retiro de puntos, colocación y retiro de implantes y suturas.

3.8 SERVICIO QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

Para atender las grandes demandas de esta área, el Subcentro de Salud N°2 de Sinincay además de contar con médicos generales, servicios odontológicos, laboratorio y farmacia, ha implementado Clubs que benefician a los grupos de adolescentes, desnutrición cero, embarazadas, Hipertensos y Diabéticos, donde se brinda charlas educativas por el personal de enfermería para los usuarios que acuden a las reuniones mensuales de manera gratuita

CAPITULO IV

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Identificar las características del autocuidado en los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2 de Sinincay. Cuenca 2013.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Clasificar la población objeto de estudio según, edad, sexo, peso, situación socioeconómica.
2. Identificar los conocimientos de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial en cuanto a las causas, tratamiento y control de la enfermedad.
3. Identificar las acciones de autocuidado que llevan a cabo los usuarios para el manejo de la Hipertensión Arterial.
4. Elaborar una propuesta de autocuidado en los usuarios con Hipertensión Arterial atendidos en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2de Sinincay.

CAPITULO V

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo que permitió la medición de las variables en estudio, acerca del autocuidado que los usuarios del club de hipertensos realizan.

5.1.1 Población de estudio.

La población de estudio se conformó con 53 personas, todos ellos con hipertensión arterial y que son atendidos en el club de hipertensos del Subcentro de Salud N° 2 de la parroquia Sinincay, durante el período de octubre del 2013 a abril del 2014.

5.1.2 Área de estudio

El estudio se realizó en la parroquia Sinincay con los usuarios atendidos en el club de hipertensos del Subcentro de Salud de Sinincay.

5.2 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Previo a la ejecución de la investigación se procedió a solicitar el permiso respectivo a las Autoridades del Subcentro de Salud de la parroquia de Sinincay, la misma que se realizó en el mes de mayo del 2013, el mismo que tuvo la aprobación respectiva, además de ofrecer el apoyo correspondiente para que pueda desarrollarse la investigación en las mejores condiciones posibles.

Para la obtención de la información, se aplicó una entrevista estructurada en la que se solicitó los datos relacionados con variables de persona como: edad, sexo, estado civil, instrucción formal, ocupación actual; dependencia

económica, calidad de vida, antecedentes patológicos familiares, características de la alimentación, hábitos, factores asociados a hipertensión arterial, y autocuidado.

5.3 INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

- Se aplicó un formulario estructurado, elaborado por las estudiantes autoras de esta investigación, la misma que fue previamente validada.
- Además se procedió a conversatorios, que permitían obtener la información con mayor fluidez y facilidad, a través de un contar como ellos/ellas realizaban el autocuidado.

5.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS

UNIDAD DE OBSERVACIÓN	UNIDAD DE ANÁLISIS
Los Usuarios que se atienden regularmente en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2 de Sinincay.	❖ Datos personales y características del autocuidado en los adultos mayores del Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2 de Sinincay.

REALIZADO POR: Las Autoras

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.5.1 Criterios de inclusión

- Todos los usuarios del Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2 de Sinincay que acuden regularmente.
- Usuarios que acepten participar en la investigación.
- Usuarios que aceptan llenar las encuestas.
- Los usuarios que firman el consentimiento informado.

5.5.2 Criterios de exclusión

- Usuarios que durante la fase de recolección de la información no se les pueda ubicar.
- Usuarios que al momento de realizar la investigación se nieguen a participar en la misma.
- Usuarios que a pesar de haber llenado el consentimiento informado no contesta la encuesta.

5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Edad cronológica	Edad en años cumplidos	De 26 a 35 años De 36 a 45 años De 46 a 55 años De 56 a 65 años De 66 a más
Sexo	Características genéticas y fenotípicas que diferencian a las mujeres de los hombres.	Fenotipo	Características que las personas utilizamos diariamente y que permiten diferenciar a las mujeres de los hombres	Masculino Femenino
Cambio en la dieta	Son las variaciones de la dieta	Dieta saludable	Criterio de cambiar a una dieta saludable.	Si No
Estado civil	Condición jurídica de una persona proveniente de la relación con otra persona.	Condición jurídica al momento de la encuesta.	Condición jurídica existente en la cédula de identidad	Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado o
Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación formal.	Niveles de Educación formal	Último curso aprobado en el sistema formal de educación	Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta Otros.

Situación socioeconómica	Conjunto de características relacionadas con la participación en la ganancia social para la satisfacción de las necesidades básicas del individuo.	Económica y Social	Dependencia económica	Dependiente Independiente.
			Actividad laboral del usuario	Empleado publico Empleado privado Independiente Agricultura Quehaceres Domésticos Jubilado Otros.
Alimentación saludable	Calidad y cantidad de nutrientes necesarios para una vida saludable	Calidad de nutrientes ingeridos	Alimentos que ingiere	Siempre generalmente Algunas veces. Nunca.
Autocuidado	Actividades que los individuos realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar	Actividades que la persona realiza en su diario vivir	Control médico	Si No
			Fumar cigarrillo	Si No A veces
			Ingesta de alcohol	Si No Siempre Reuniones sociales A veces
			Cumplimiento del tratamiento	Si No
			Automedicación	Si No
			Cumplimiento en la toma de los antihipertensivos	Diario Cuando se acuerda

Realizado por: Autoras de la investigación

CAPITULO VI

6. ANALISIS DE LA INFORMACION

a- Características demográficas del grupo de estudio:

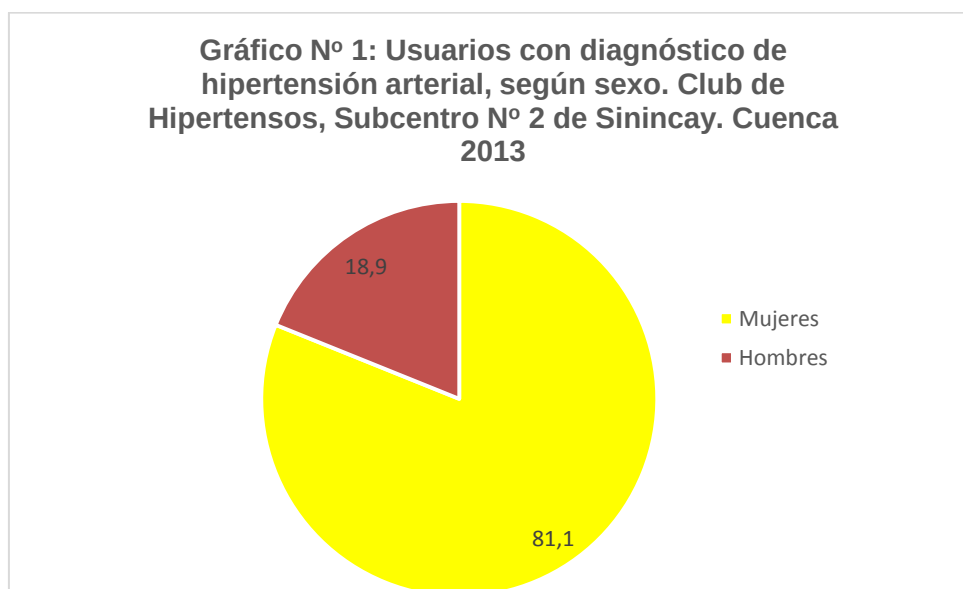
Al estudio se incorporaron 53 personas con diagnóstico de hipertensión arterial y que pertenecen al Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N° 2 de Sinincay. Este grupo, se compone más por mujeres, alcanzando el 81,1%, que da una relación de 4 mujeres por un 1 hombre.

TABLA N° 1

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según sexo. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Sexo	N°	%
Femenino	43	81,1
Masculino	10	18,9
Total	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

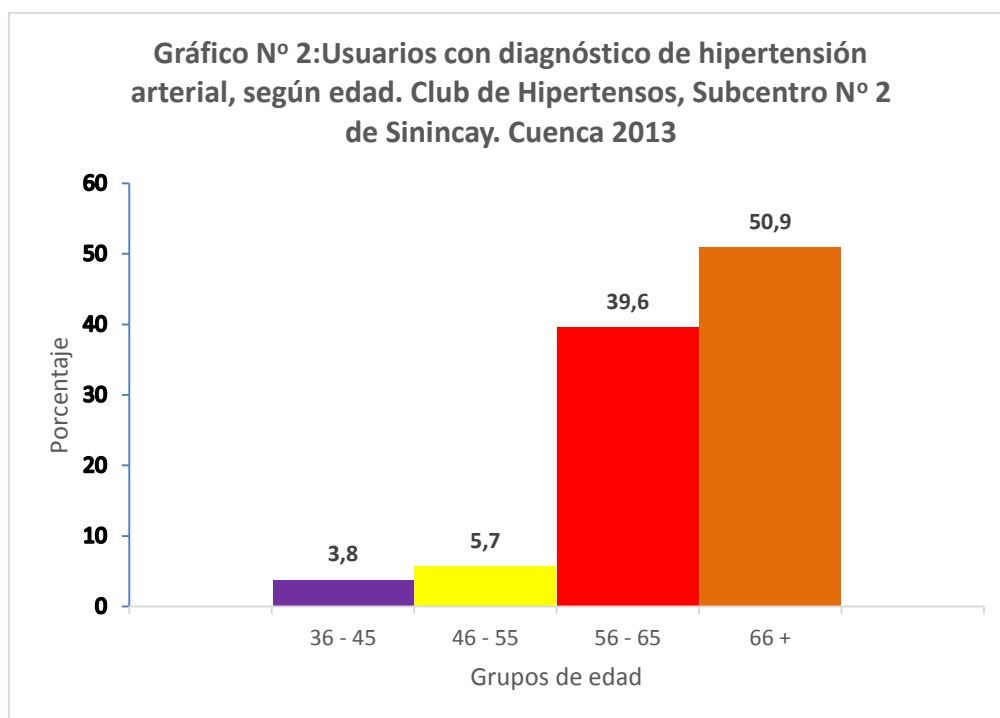
La edad de las personas usuarias del Club de Hipertensos, tiene una distribución asimétrica, con frecuencias mayores en el extremo superior de la vida, esto es el intervalo entre 56 a 65 años, el porcentaje llega a 39,6%, y de los 66 años y más se encuentra la mitad de los usuarios. Lo llamativo es que existe personas con hipertensión diagnosticada en edades tempranas de la vida, aunque sea en baja frecuencia, esto significa que existe situaciones que conllevan a desarrollar esta patología, desde edades muy tempranas.

TABLA N° 2

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según edad. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Edad	N°	%
36 – 45	2	3,8
46 – 55	3	5,7
56 – 65	21	39,6
66 +	27	50,9
Total	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

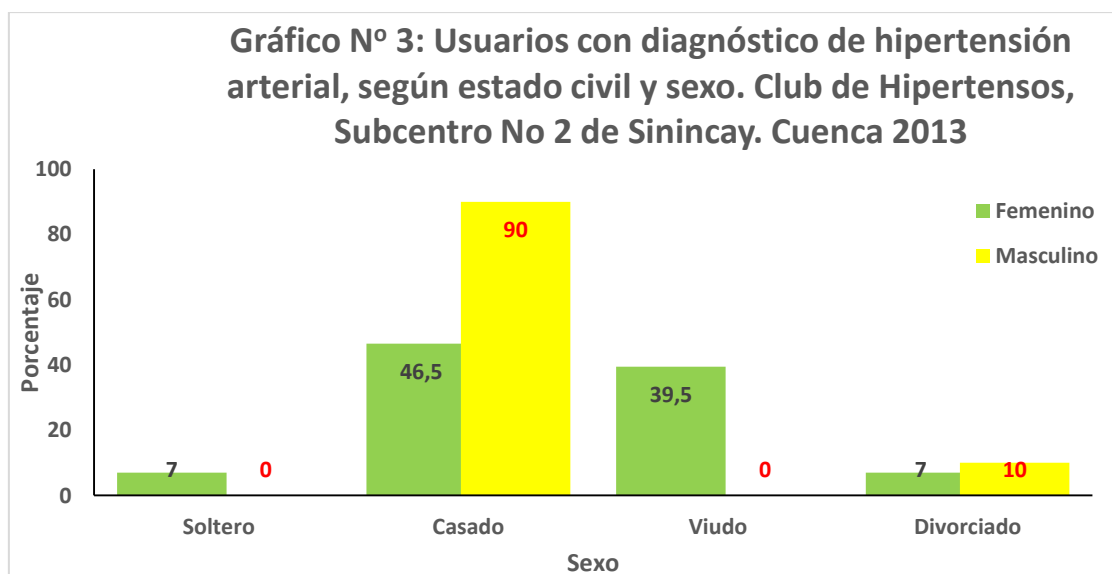
Con respecto al estado civil, la mayoría de personas del grupo de estudio son casados/as alcanzando un 54,7%, siguen los viudos/as con el 32,1%, existiendo también los solteros/as y los divorciados/as. En relación del género, la distribución anterior, se presenta de manera similar en las mujeres con porcentajes un tanto diferentes, en cambio en los hombres el 90% de ellos están casados. Lo que llama la atención es que un 43,5% del total de las mujeres están solas, por cualquier motivo, sea por ser solteras, viudas o por divorcio, situación, que puede conllevar de alguna manera a descuido en el cuidado de su enfermedad.

TABLA N° 3

**Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según estado civil y sexo.
Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013**

Estado civil	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero/a	3	7,0	--	---	3	5,7
Casado/a	20	46,5	9	90,0	29	54,7
Viudo/a	17	39,5	--	---	17	32,1
Divorciado/a	3	7,0	1	10,0	4	7,5
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

Situación socioeconómica

El nivel instruccional de las personas, en términos generales es baja, llegan a primaria completa únicamente el 20,7% del total de las personas del grupo de estudio. El porcentaje más alto, del 47,2% está constituido por personas con primaria incompleta, y lo más llamativo es que un 32,1% de estas personas son analfabetas.

En relación del género, la mayor parte de analfabetas son las mujeres, en relación de los hombres. Así del total de mujeres el 37,2% son analfabetas y le sigue un 47,5% de primaria incompleta, en cambio en los hombres hay una sola persona que es analfabeto. Contrariamente son los hombres los que alcanzan la primaria completa con el 40% de ellos. Esta situación muestra a las claras la asimetría de género, siendo las mujeres las que tienen una mayor carga negativa.

TABLA N° 4

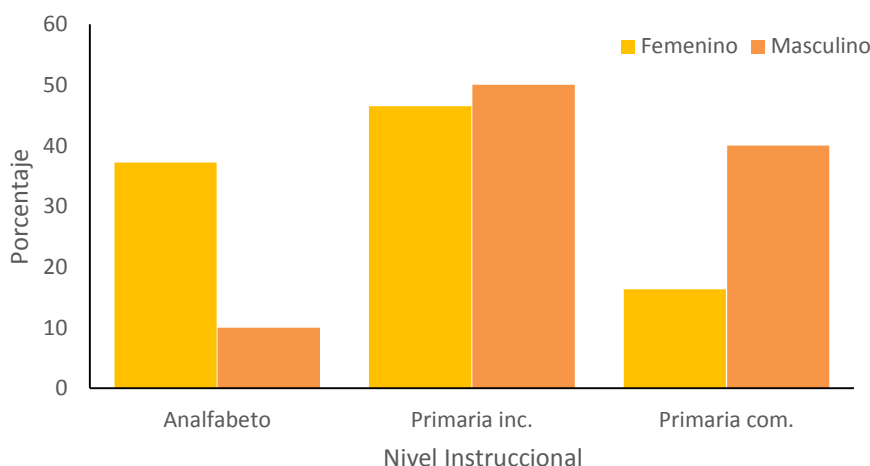
Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según nivel instruccional y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Nivel instruccional	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeto	16	37,2	1	10,0	17	32,1
Primaria incompleta	20	46,5	5	50,0	25	47,2
Primaria completa	7	16,3	4	40,0	11	20,7
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

Gráfico N° 4: Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según nivel instruccional y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

La dependencia económica, según el criterio de las personas, el 56,6% del total del grupo se consideran con dependencia económica. Y esta situación, es un tanto similar por género, con una muy ligera diferencia porcentual, que alcanza al 4,2% a favor de los hombres, como se observa en el cuadro estadístico.

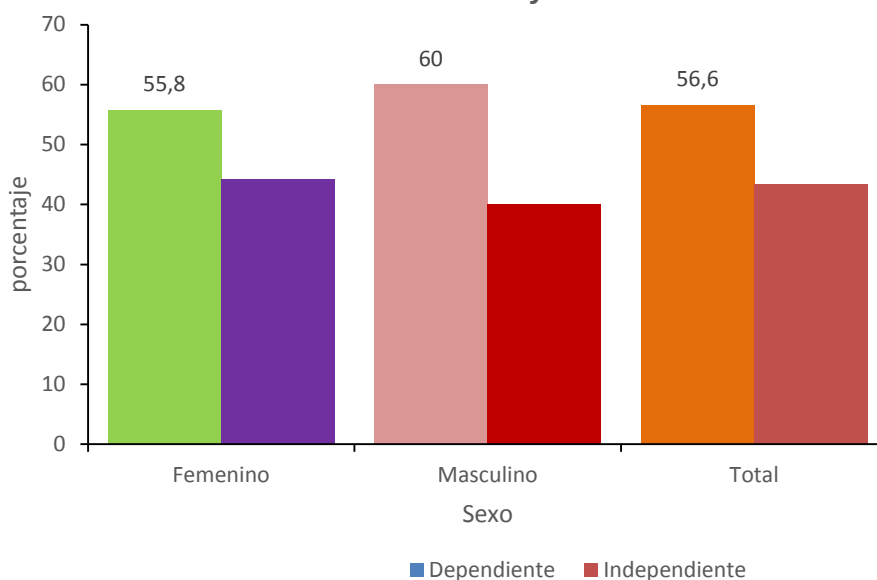
TABLA N° 5

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según dependencia económica y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Dependencia económica	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dependiente	24	55,8	6	60,0	30	56,6
Independiente	19	44,2	4	40,0	23	43,4
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

Gráfico No 5: Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según dependencia económica y género. Club de Hipertensos, Subcentro No 2 de Sinincay. Cuenca 2013



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

A pesar de la dependencia económica expresada por las personas, cuando son interrogadas que actividades realizan durante el día, apenas un 9,4% indican ser jubilados, y el restante realiza alguna actividad. En orden de frecuencia están los quehaceres domésticos, 47,2%, la agricultura el 34%, otros realizan trabajos independientes y varias otras actividades.

Una presencia de género, que vale resaltar, es que la jubilación, solo es en los hombres y no en las mujeres, así como la actividad de los quehaceres domésticos solo es realizado por las mujeres y no por los hombres. Lo que refleja que los trabajos con dependencia laboral realizan los hombres y los no dependientes las mujeres, siendo otra muestra clara del sesgo por género y los roles diferenciados y culturalmente aceptados, que las mujeres se queden en casa y que los hombres salgan a trabajar.

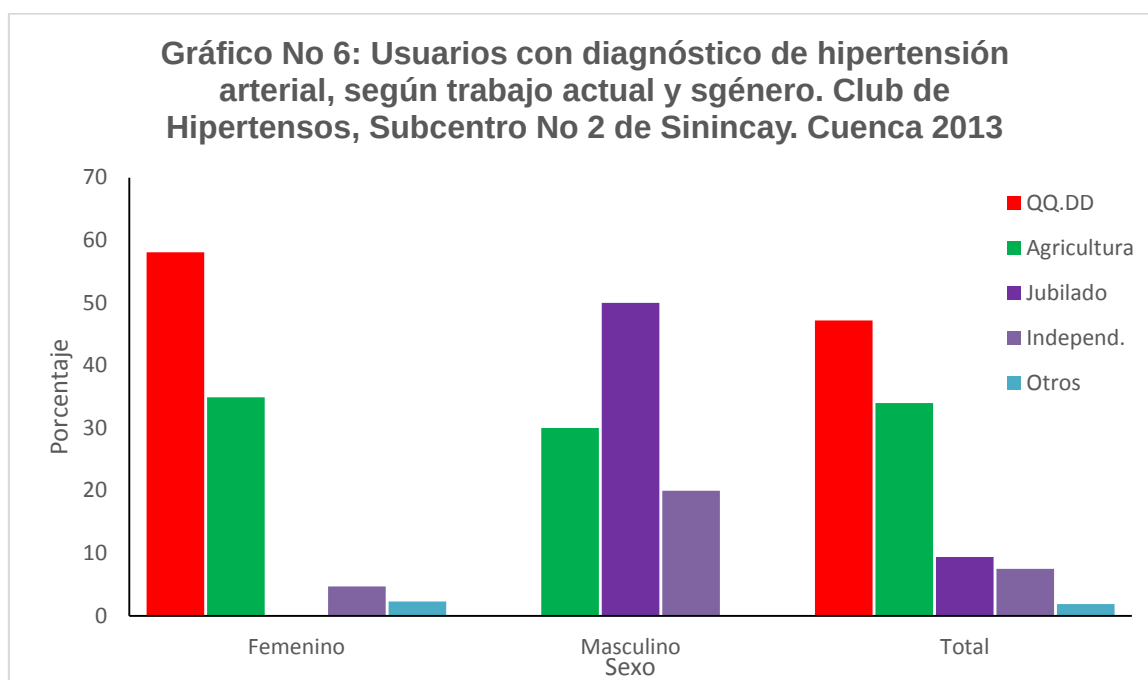
TABLA N° 6

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según trabajo actual y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Tipo de trabajo	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabajo Independiente	2	4,7	2	20,0	4	7,5
Agricultura	15	34,9	3	30,0	18	34,0
Quehaceres domésticos	25	58,1	--	----	25	47,2
Jubilado	--	---	5	50,0	5	9,4
Otros	1	2,3			1	1,9
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIAR

Todas las personas del grupo de estudio, indican tener antecedente familiar de hipertensión arterial. El mayor porcentaje, del 47,2% indica que su madre tenía hipertensión arterial, continua en un 24,5%, los que indican que su padre tenía HTA. Habiendo aquellos que indican que su abuelo, hermano/a o tío/a han padecido o padecen de esta enfermedad.

Considerando por género, existe una similitud en la distribución, esto es que en términos porcentuales, indican que el antecedente materno es primero, luego está el paterno. Situación que estaría apegado más a situaciones de carácter biológico que a sociales.

TABLA N° 7

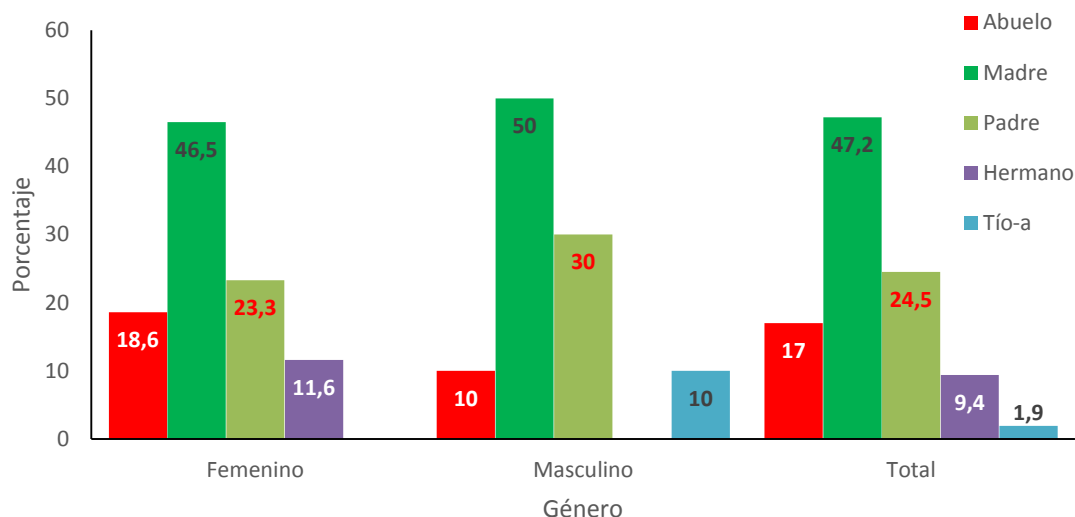
Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según familiar con antecedente patológico familiar y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Antecedente patológico familiar	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abuelo	8	18,6	1	10,0	9	17,0
Madre	20	46,5	5	50,0	25	47,2
Padre	10	23,3	3	30,0	13	24,5
Hermana/o	5	11,6	--	----	5	9,4
Tío/a	--	----	1	10,0	1	1,9
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

Gráfico No 7: Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según familiar con antecedente patológico familiar y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

CALIDAD DE VIDA Y RIESGOS HIPERTENSIVOS

Del total de personas del grupo de estudio, el 58,5% ni fuman ni ingieren alcohol, alcanzando el 58,5%, condición que para la salud en general es completamente favorable, más aún si padecen de hipertensión arterial, sin embargo un 32,1% de estas personas, ingieren alcohol y un 9,4% fuman e ingieren alcohol. Considerando el género, se observa una cierta distribución diferencial, siendo las mujeres en las que el porcentaje de no fumar ni ingerir licor es mayor, llegando al 60,5%, en relación a los hombres en los cuales llega al 50%, porcentaje también importante. Por lo demás la ingesta de alcohol es porcentualmente muy similar.

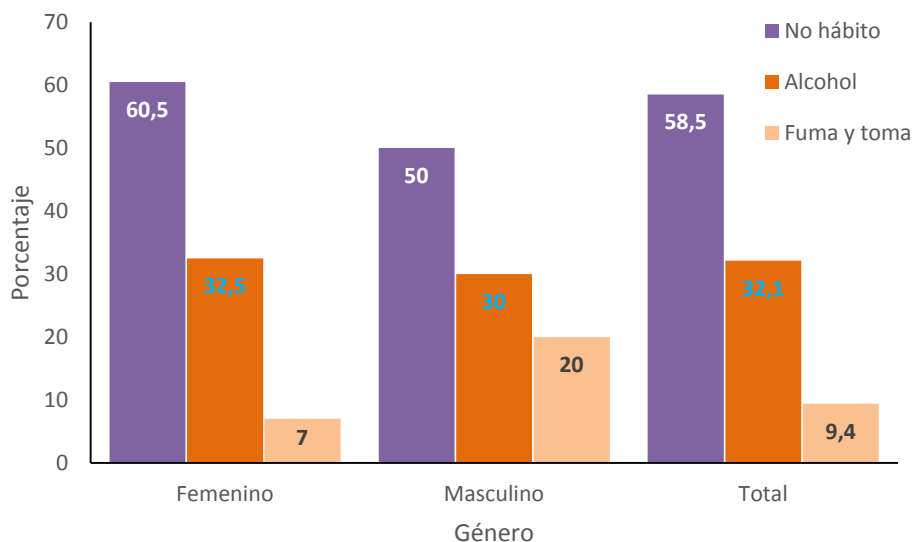
TABLA N° 8

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según hábito de fumar e ingerir alcohol y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Hábito de fumar e ingerir alcohol	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No fuma ni toma Alcohol	26	60,5	5	50,0	31	58,5
Fuma y toma	14	32,5	3	30,0	17	32,1
	3	7,0	2	20,0	5	9,4
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

Gráfico No 8: Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según hábito de fumar e ingerir alcohol y género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

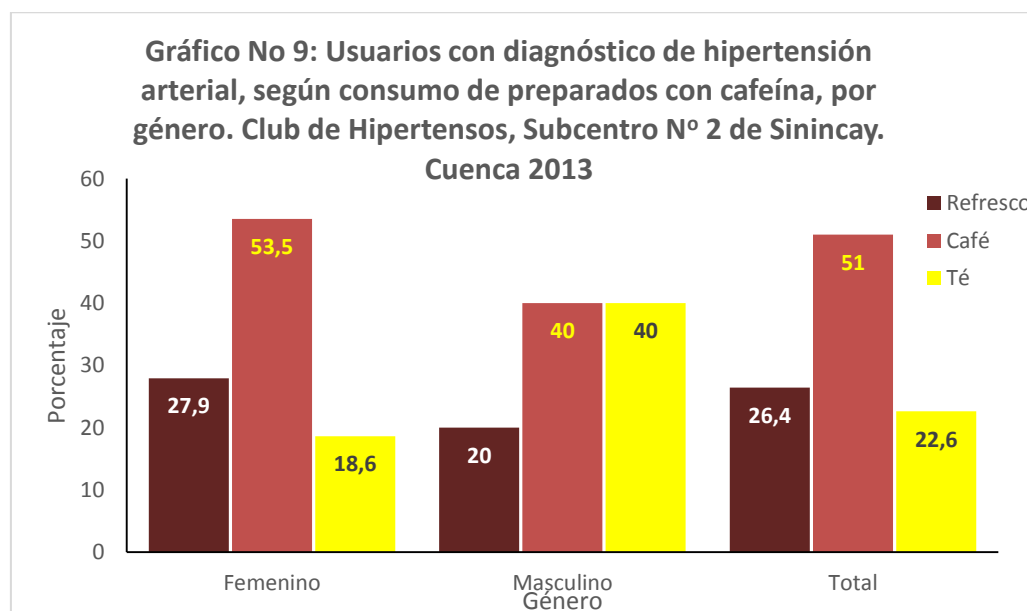
Analizando la ingesta de bebidas que contienen cafeína, el mayor porcentaje de las personas del grupo de estudio, 51%, ingiere café, luego están las que prefieren los refrescos y finalmente las que prefieren el té. Las mujeres ingieren en mayor cantidad café, con el 53,5% en relación de los hombres que llegan a un 40%, en cambio los hombres prefieren más el té que las mujeres. Si bien se observa una distribución diferencial por género, en los preparados con cafeína, a la final, todas y todos terminan ingiriendo cafeína.

TABLA N° 9

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según consumo de preparados con cafeína, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Consumo de café	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Refresco	12	27,9	2	20,0	14	26,4
Café	23	53,5	4	40,0	27	51,0
Té	8	18,6	4	40,0	12	22,6
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

La ingesta de sal por parte del grupo de estudio, se podría decir que se encuentra dentro de las recomendaciones, tan es así que el 81,1% de las personas ingiere poca cantidad de sal, y un ,7% ingiere sin sal, y sólo un 13,2% lo hace en moderada cantidad. Considerando por género, tanto las mujeres como los hombres ingieren en poca cantidad la sal, y corresponden en cada grupo a los porcentajes mayores, aunque entre los géneros exista una cierta diferencia porcentual, que no pudiese ser atribuida a la condición de género, sino más bien a la cultura alimentaria.

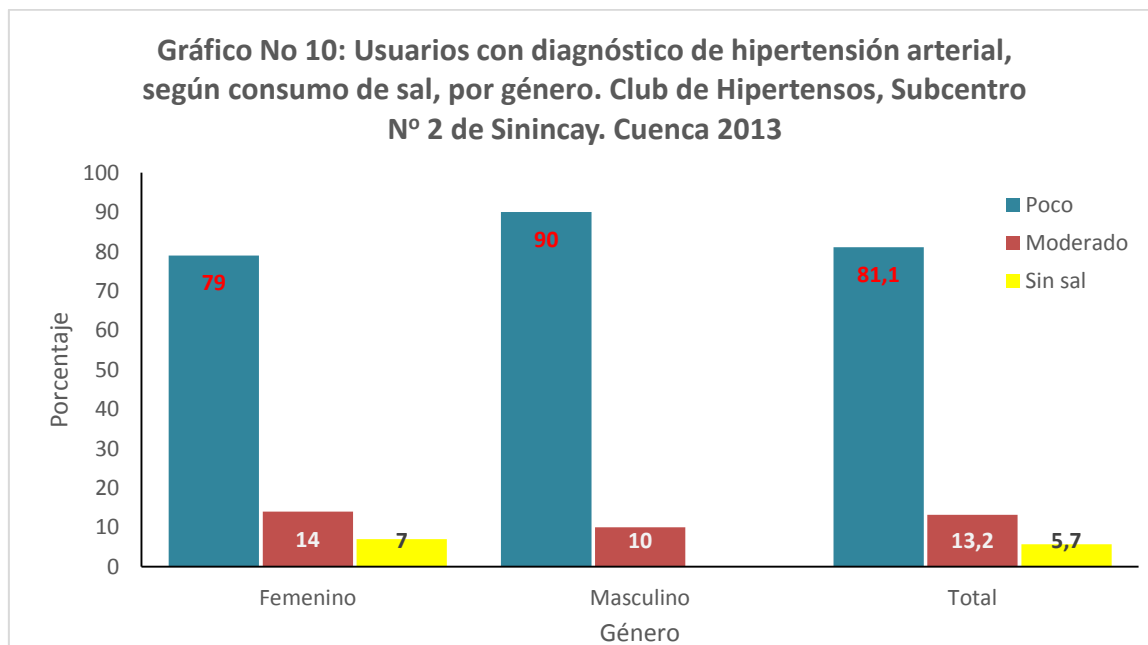
TABLA N° 10

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según consumo de sal, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Consumo de sal	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Poca cantidad	34	79,0	9	90,0	43	81,1
Moderada	6	14,0	1	10,0	7	13,2
Sin sal	3	7,0	--	---	3	5,7
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

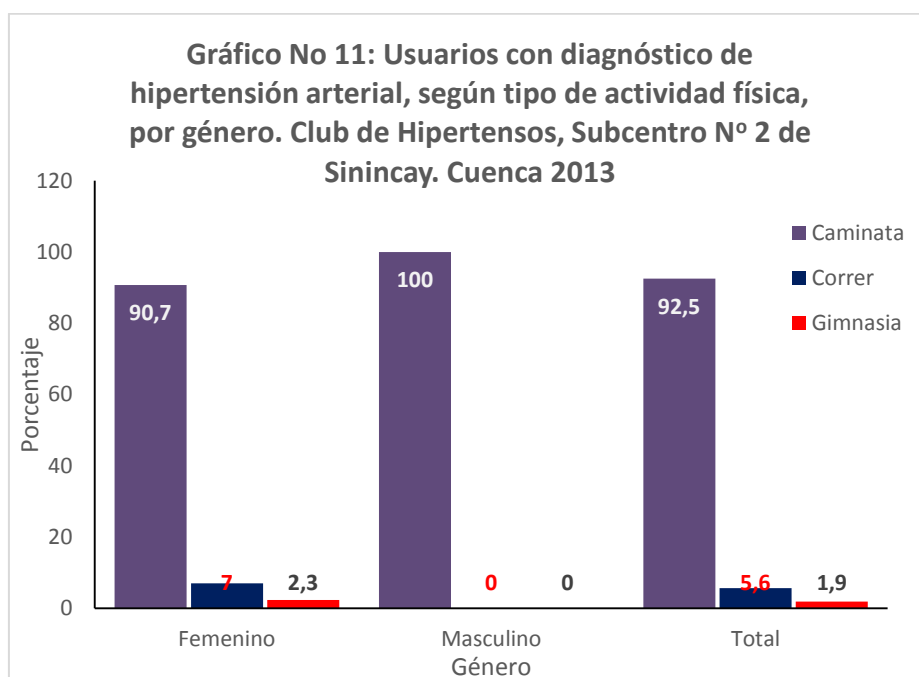
El 100% del grupo de estudio realiza alguna actividad física en algún momento. Dentro de estas actividades, el mayor porcentaje, del 92,5% del total del grupo de estudio, practica la caminata, y en porcentajes muy bajos corren, o realizan gimnasia. El 100% de hombres realizan caminata, y las mujeres en su mayoría también practican esta misma actividad física, además de correr y realizar gimnasia. Lo importante es que todos hacen actividad física que es lo recomendado.

TABLA N° 11

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según tipo de actividad física, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Actividad física	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caminata	39	90,7	10	100,0	49	92,5
Correr/trotar	3	7,0	--	----	3	5,6
Gimnasia	1	2,3	--	----	1	1,9
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

En relación a la frecuencia de la actividad física, el 24,5% la actividad física que realiza es insuficiente, porque lo hacen una vez por mes o a veces. Sin embargo la mayoría de las personas del grupo realizan la actividad física dentro de la frecuencia deseada. Analizando por género, la actividad física insuficiente en términos porcentuales tanto las mujeres cuanto los hombres lo hacen en porcentajes algo cercanos, y en los otros parámetros es similar, por lo que no se observa una diferencia que pueda atribuirse al género.

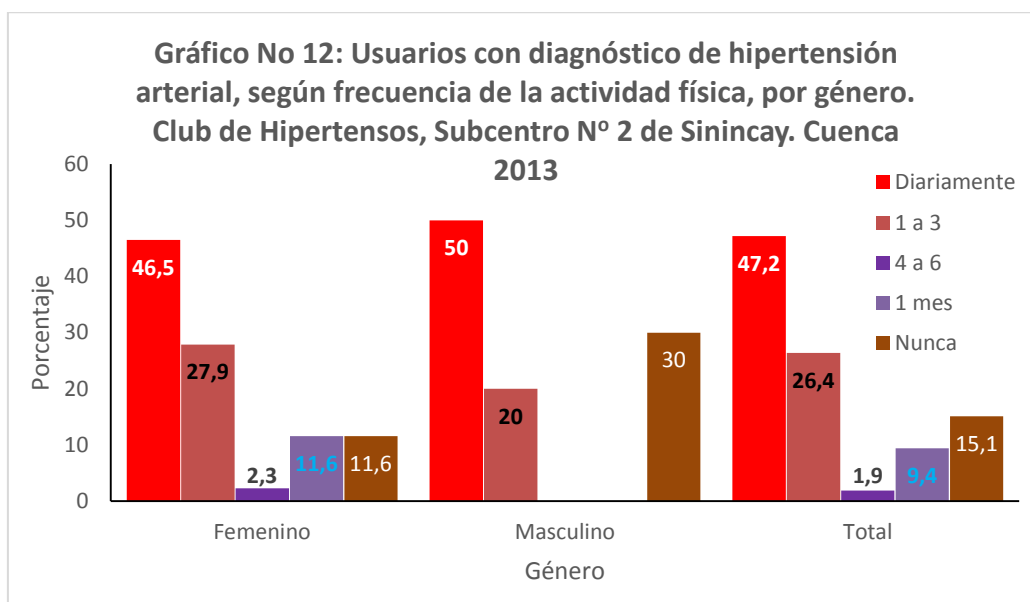
TABLA N° 12

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según tipo frecuencia de la actividad física, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Actividad física semana	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diariamente	20	46,5	5	50,0	25	47,2
4 a 6 veces	1	2,3	--	----	1	1,9
1 a 3 veces	12	27,9	2	20,0	14	26,4
Una vez por mes	5	11,6	--	----	5	9,4
A veces	5	11,6	3	30,0	8	15,1
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

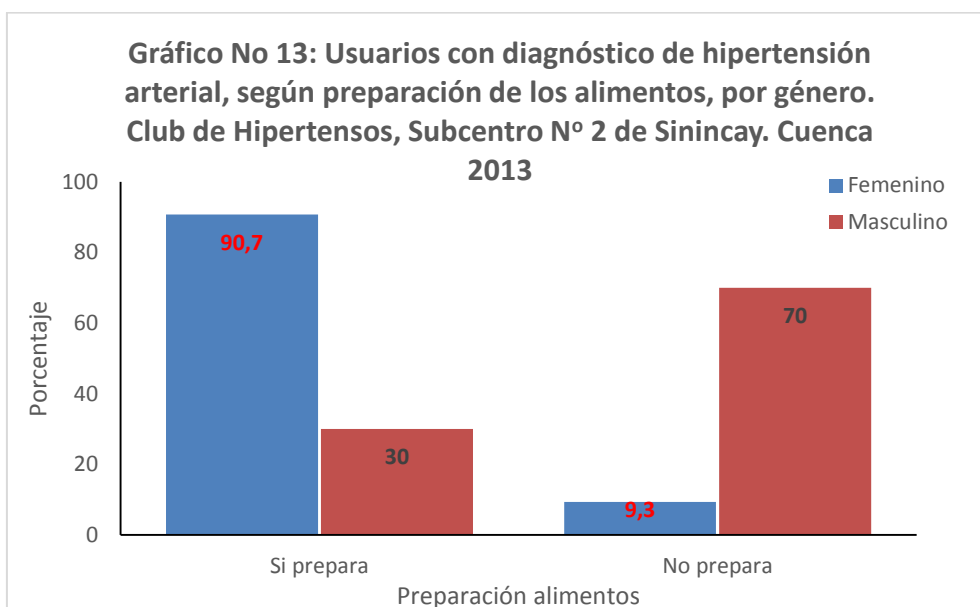
El 100% de las personas del grupo de estudio, han implementado cambios en la dieta, para controlar el peso. Sin embargo hay diferencias en relación a la preparación, el 79,2% indica que si se prepara los alimentos, siendo las mujeres las que lo realizan más que los hombres, alcanzando al 90,7% de ellas en comparación al 30% de los hombres que indican que preparan sus alimentos. Aquí es notorio la cuestión de los roles sociales, y que la cultura está muy enraizada, la mujer es para la cocina y los hombres para el trabajo.

TABLA N° 13

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según preparación de los alimentos, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Preparación de alimentos	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si prepara	39	90,7	3	30,0	42	79,2
No prepara	4	9,3	7	70,0	11	20,8
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

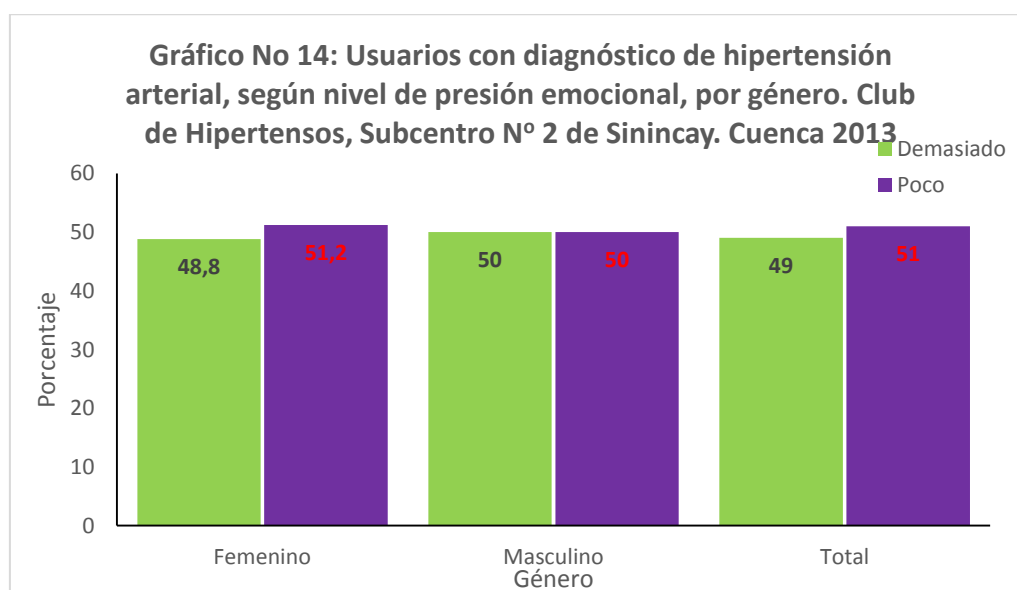
Considerando las situaciones cotidianas que le generan presión emocional, que ahora le agobian, le preocupan, le pone tenso, el 37,7% indica que es demasiado, el 11,3% es siempre, esto suma un 49% de personas que están sujetas a una tensión emocional inadecuada y que puede afectar la presión arterial. En relación al género, la tensión emocional alta es en porcentajes bastante cercanos para los dos géneros, alcanzando en el femenino a 48,8% y en el masculino al 50%. Con esta distribución muy similar parece no haber una diferencia por género.

TABLA N° 14

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según presión emocional, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Situaciones cotidianas	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Demasiado	16	37,2	4	40,0	20	37,7
Siempre	5	11,6	1	10,0	6	11,3
Poco	9	20,9	4	40,0	13	24,5
A veces	13	30,2	1	10,0	14	26,4
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

Considerando el número de actividades diarias que realizan las personas del grupo de estudio, el 79,2% de ellos indican que lo hacen más de tres, situación que puede relacionarse con afección del estado emocional. Analizando por género, en el grupo de las mujeres se encuentra el mayor porcentaje, que llega al 81,4% de ellas que realizan más de tres actividades diarias en comparación al de los hombres en los cuales el 70% dicen realizar más de tres actividades diarias.

TABLA N° 15

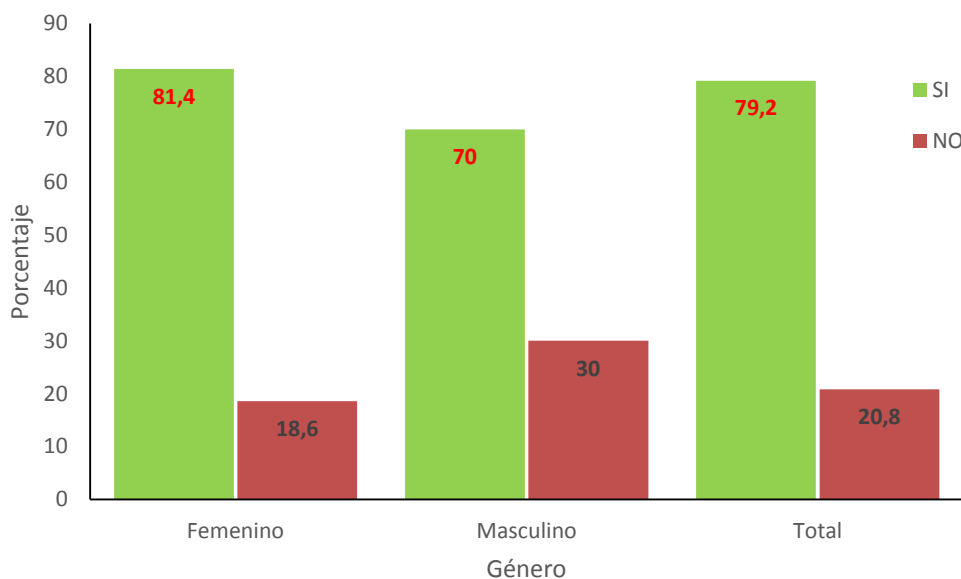
Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según cantidad de actividades diarias que realiza, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Más de tres actividades	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	35	81,4	7	70,0	42	79,2
No	8	18,6	3	30,0	11	20,8
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

Gráfico No 15: Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según cantidad de actividades diarias que realiza, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

Actividades anti stress

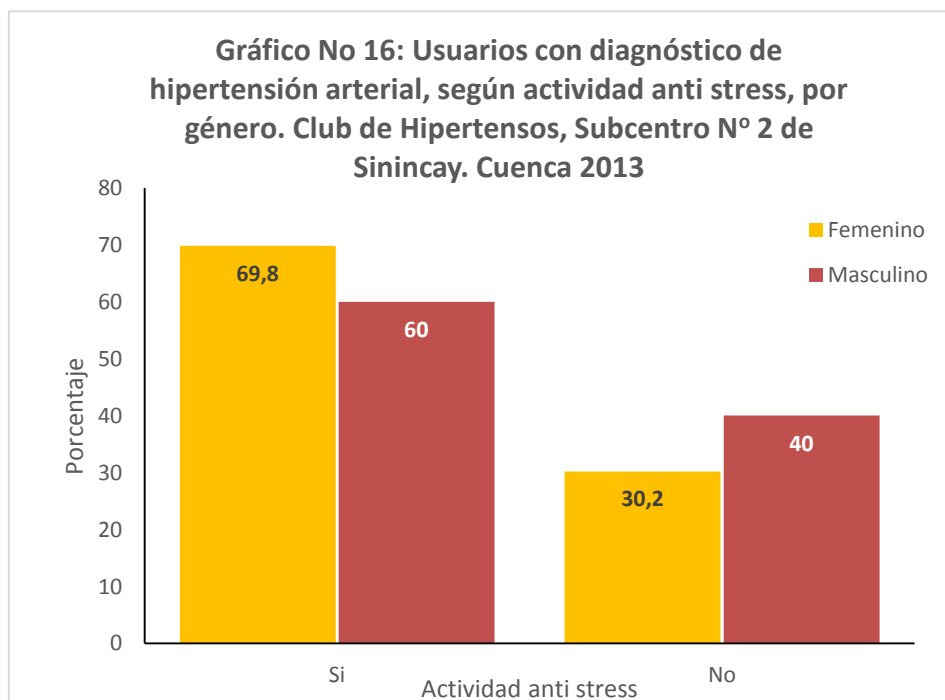
El 67,9% de las personas dicen realizar actividades anti stress, siendo el grupo de las mujeres quienes realizan más estas actividades que los hombres, llegando al 69,8% en las mujeres frente al 60% de los hombres, pero los porcentajes son importantes en ambos grupos.

TABLA N° 16

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según actividad anti stress, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Actividad anti stress	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	30	69,8	6	60,0	36	67,9
No	13	39,2	4	40,0	17	32,1
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

Características del sueño:

El sueño, es una necesaria parte de las actividades de los seres humanos, esta debe ser efectiva y realizarse durante una tercera parte del día. El 62,2% de las personas estarían en ese período de tiempo, que son aquellas que duermen más de ocho horas y las que están entre 5 a 7 horas por día. Pero un porcentaje considerable que alcanza el 37,8% lo hace de manera inadecuada, esto es menos del tiempo requerido y que es en un rango de 4 horas y menos.

Son las mujeres las más afectadas por un tiempo inadecuado de sueño, con un 44,2% de ellas, en cambio en los hombres apenas el porcentaje llega al 10%. Este dato sería importante analizar con más información para encontrar algunas razones que quizá puedan explicar una cuestión de género.

TABLA N° 17

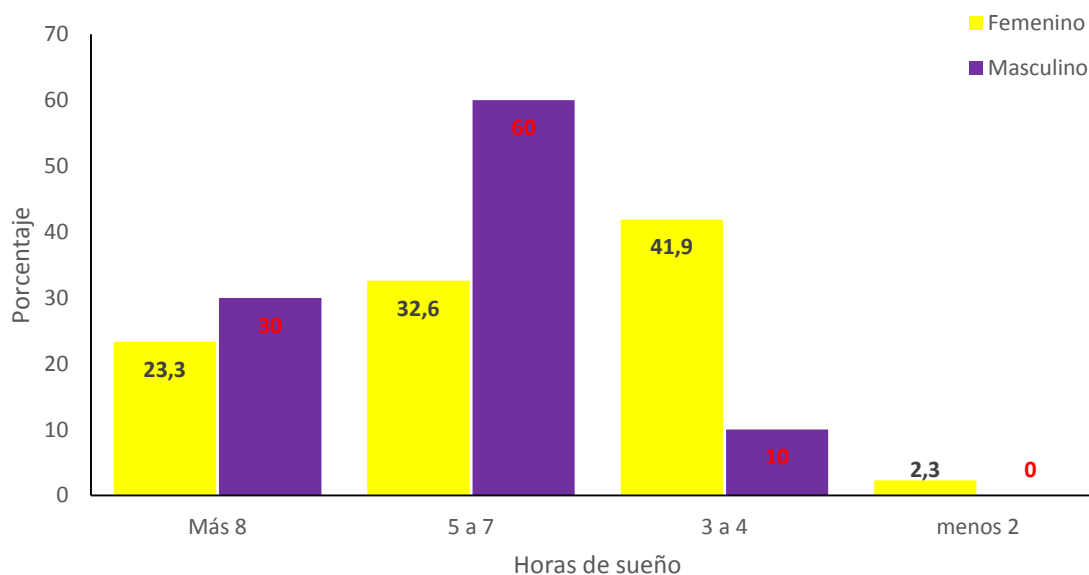
Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según horas efectivas de sueño, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Horas de sueño	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Más de 8 horas	10	23,3	3	30,0	13	24,5
Entre 5 a 7	14	32,6	6	60,0	20	37,7
Entre 3 a 4	18	41,9	1	10,0	19	35,8
Menos de 2	1	2,3	--	----	1	1,9
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

Gráfico No 17: Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según horas efectivas de sueño, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

Entre las actividades que realizan para conciliar el sueño se encuentra que el 54,7% indica comer o tomar un café, el 22,6% realizar ejercicio. Las demás personas escuchan música o leen. Las mujeres son las que en mayor porcentaje del 79%, comen o toman café, o hacen ejercicio, en relación a los hombres que hacen esta misma actividad y que alcanzan al 70%. La diferencia no es mayor, lo que puede presumirse que no existe una relación de género.

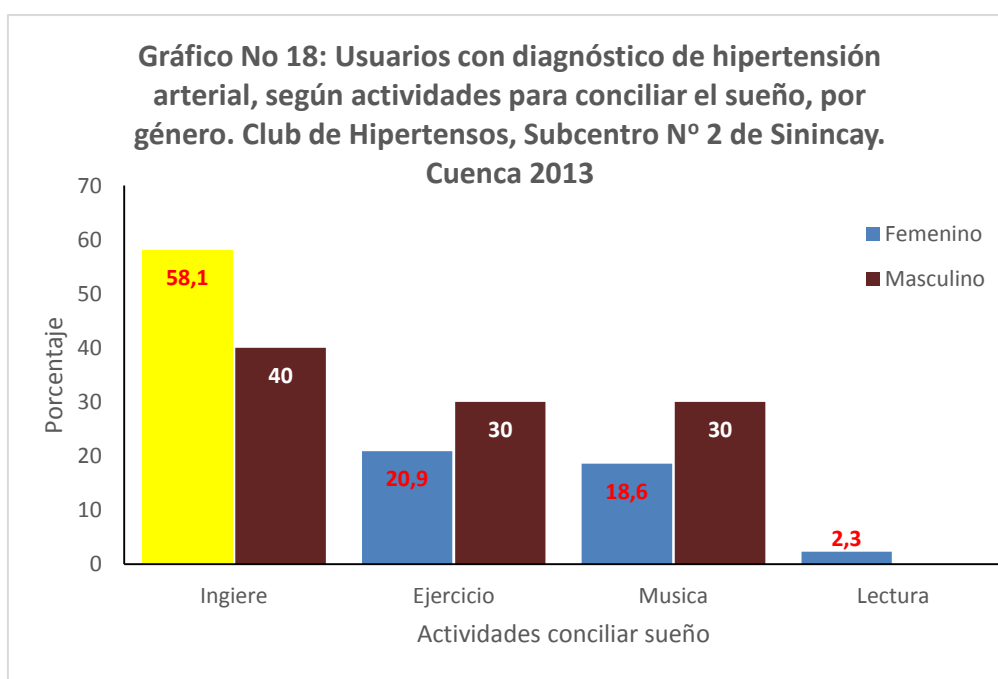
TABLA N° 18

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según actividades para conciliar el sueño, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Actividades para conciliar el sueño	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Come o toma café	25	58,1	4	40,0	29	54,7
Hacer ejercicio	9	20,9	3	30,0	12	22,6
Escuchar música	8	18,6	3	30,0	11	20,8
Lectura	1	2,3	--	----	1	1,9
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

Cuidados personales

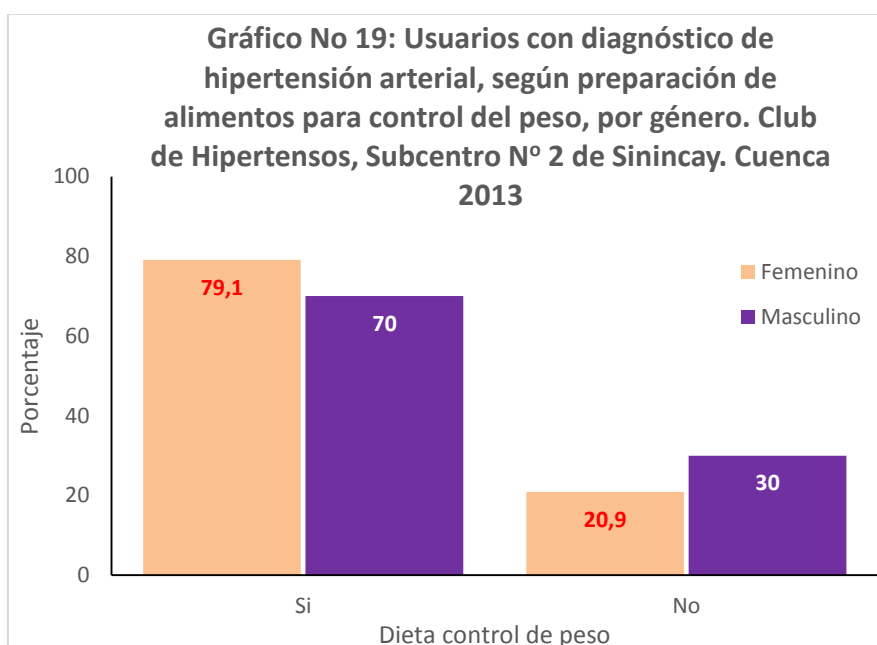
El 77,4% de las personas indican que preparan e ingieren una alimentación para controlar el peso. Conducta importante, a pesar de que el 22,6% de ellos no lo considere esta aplicación. Las mujeres realizan un poco más que los hombres, siendo del 79,1% para ellas y del 70% para ellos, esto significa 9 puntos a favor de las mujeres.

TABLA N° 19

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según preparación de alimentos para control del peso, por género. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Dieta para control de peso	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	34	79,1	7	70,0	41	77,4
No	9	20,9	3	30,0	12	22,6
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

La inclusión de una alimentación más saludable, es una condición a la que debería la humanidad toda aplicar, y esta alimentación significa incluir en la dieta la fibra, frutas, pan integral, verduras y cereales. El 60,4% indica que lo hace siempre o generalmente, y un porcentaje muy importante del 39,6% lo hace algunas veces o nunca, situación que corresponde a una forma inadecuada de alimentarse en especial para el hipertenso. Porcentualmente similar, la alimentación adecuada, realizan tanto los hombres y las mujeres, por lo que no se podría hablar de una diferencia de género.

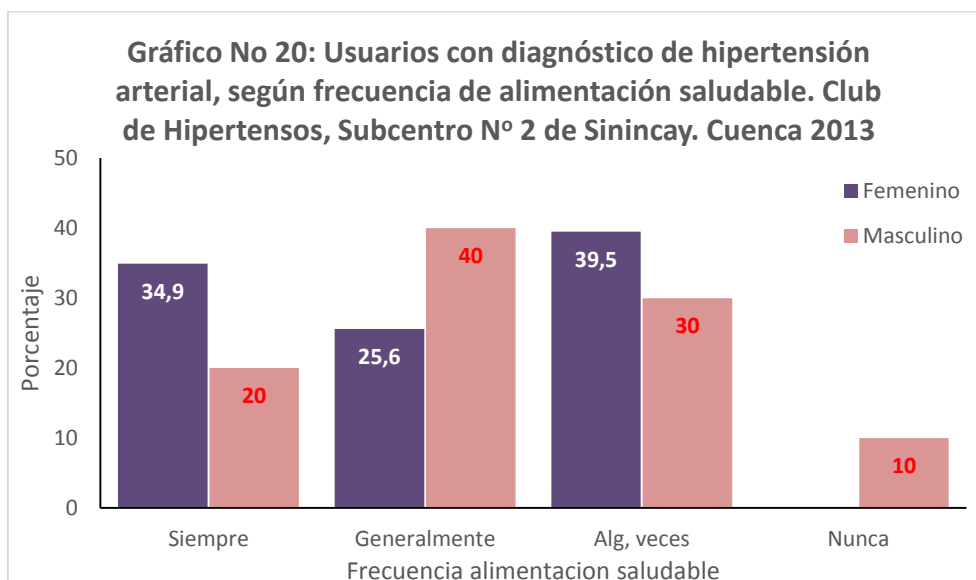
TABLA N° 20

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según frecuencia de alimentación saludable. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Frecuencia de alimentación saludable	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Siempre	15	34,9	2	20,0	17	32,1
Generalmente	11	25,6	4	40,0	15	28,3
Algunas veces	17	39,5	3	30,0	20	37,7
Nunca	--	----	1	10,0	1	1,9
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

Autocuidado

El autocuidado, pasa primero por la percepción del estado de salud que tiene una persona. De manera subjetiva, las personas dicen sentir que su estado de salud es entre malo y regular en un porcentaje del 60,3% y el restante porcentaje de personas indican que es bueno o muy bueno su estado de salud. En relación del género, los porcentajes mayores se ubican en la percepción de regular y que es tanto en hombres como en mujeres, le sigue la percepción de bueno, como se puede apreciar en el cuadro estadístico.

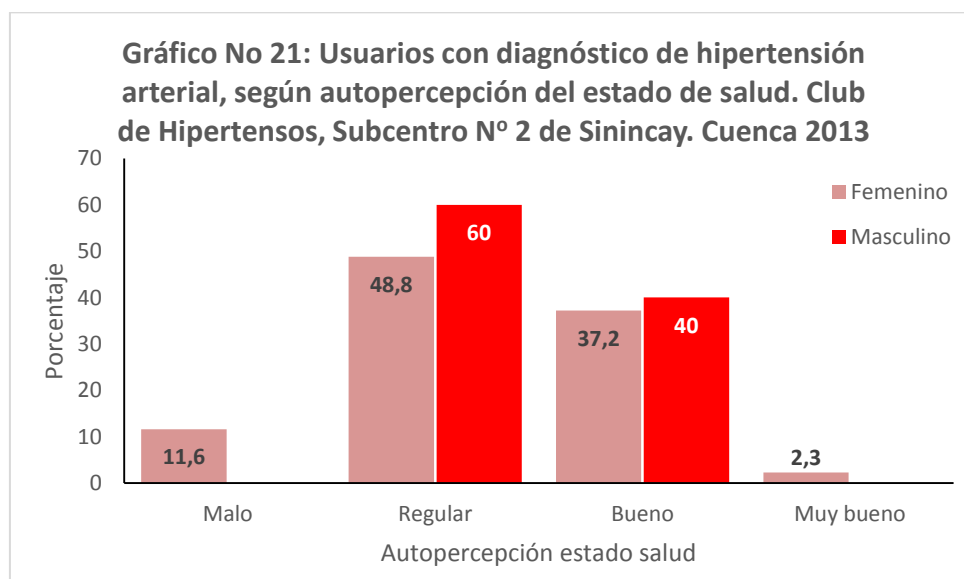
TABLA N° 21

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según autopercepción del estado de salud. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Autopercepción del estado de salud	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Malo	5	11,6	--	----	5	9,4
Regular	21	48,8	6	60,0	27	50,9
Bueno	16	37,2	4	40,0	20	37,7
Muy bueno	1	2,3	--	----	1	1,9
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos

ELABORACION: Las Autoras

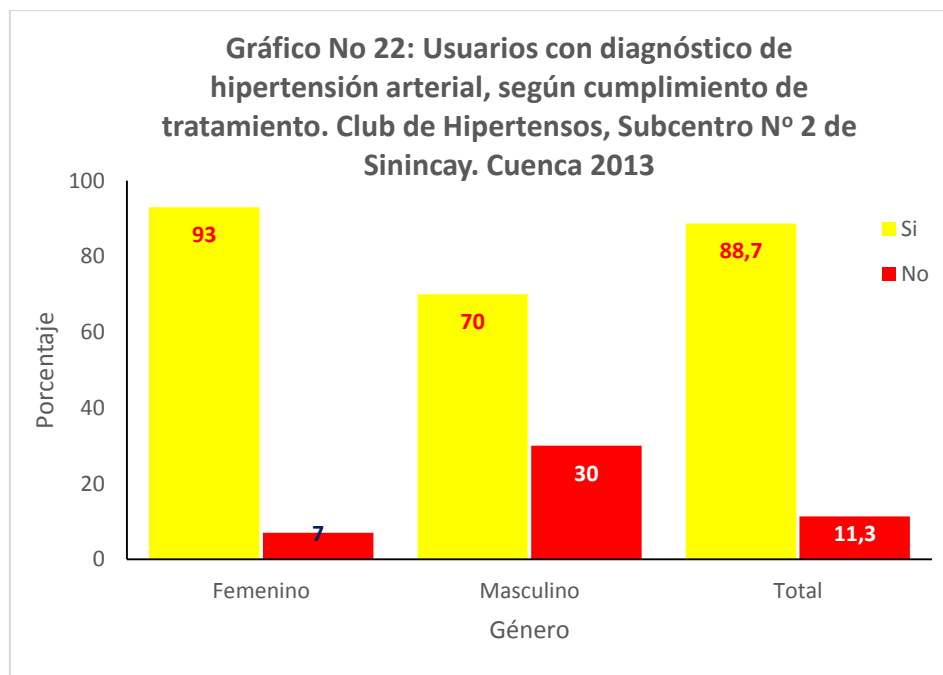
El 100% de las personas recibe tratamiento farmacológico, el cumplimiento del mismo indican hacerlo el 88,7% de las personas, siendo las mujeres las que cumplen con mayor frecuencia que los hombres, alcanzando en las primeras el 93% en comparación del 70% para los segundos.

TABLA N° 22

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según cumplimiento de tratamiento. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Cumplimiento de tratamiento	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	40	93,0	7	70,0	47	88,7
No	3	7,0	3	30,0	6	11,3
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

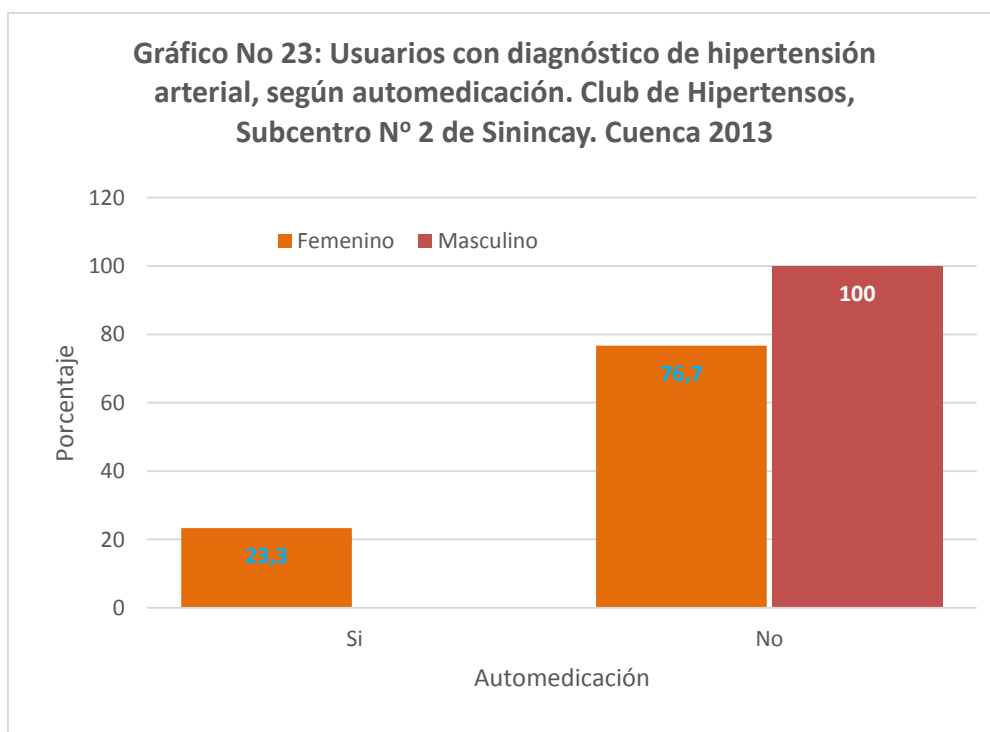
A pesar de recibir tratamiento farmacológico, existe un 18,9% de personas que se automedican. La automedicación lo realizan únicamente las mujeres y no los hombres, como se aprecia en el cuadro estadístico.

TABLA N° 23

**Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según automedicación.
Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013**

Automedicación	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	10	23,3	--	----	10	18,9
No	33	76,7	10	100,0	43	81,1
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

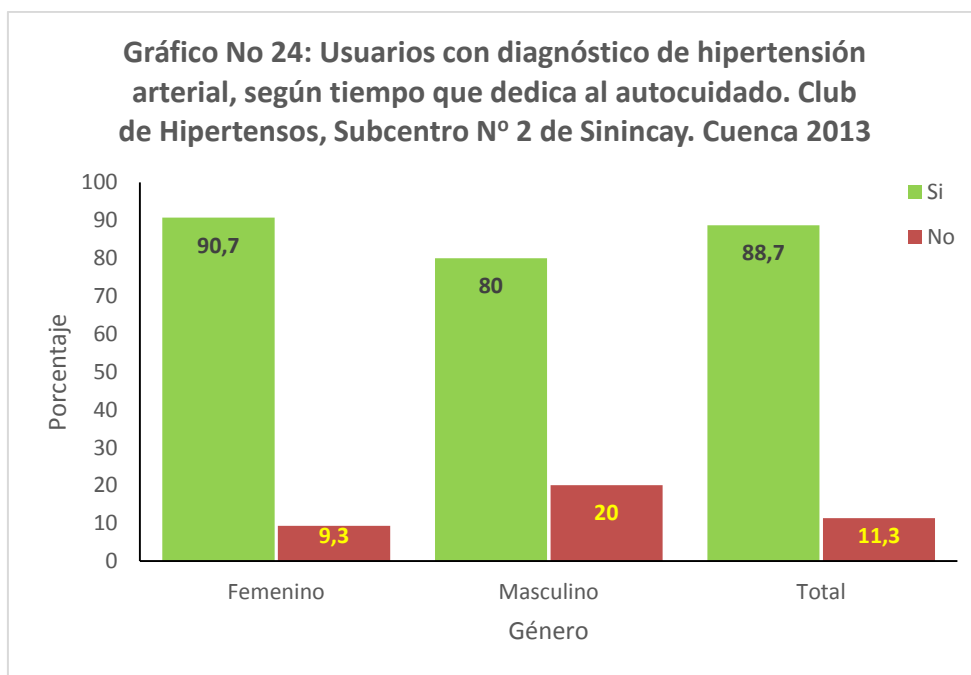
El 88,7% de las personas indican que si dedican tiempo para el autocuidado, encontrando que las mujeres lo hacen en mayor porcentaje que los hombres. 90,7% de las mujeres frente al 80% de hombres, en todo caso son porcentajes altos.

TABLA N° 24

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según tiempo que dedica al autocuidado. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Tiempo autocuidado	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	39	90,7	8	80,0	47	88,7
No	4	9,3	2	20,0	6	11,3
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

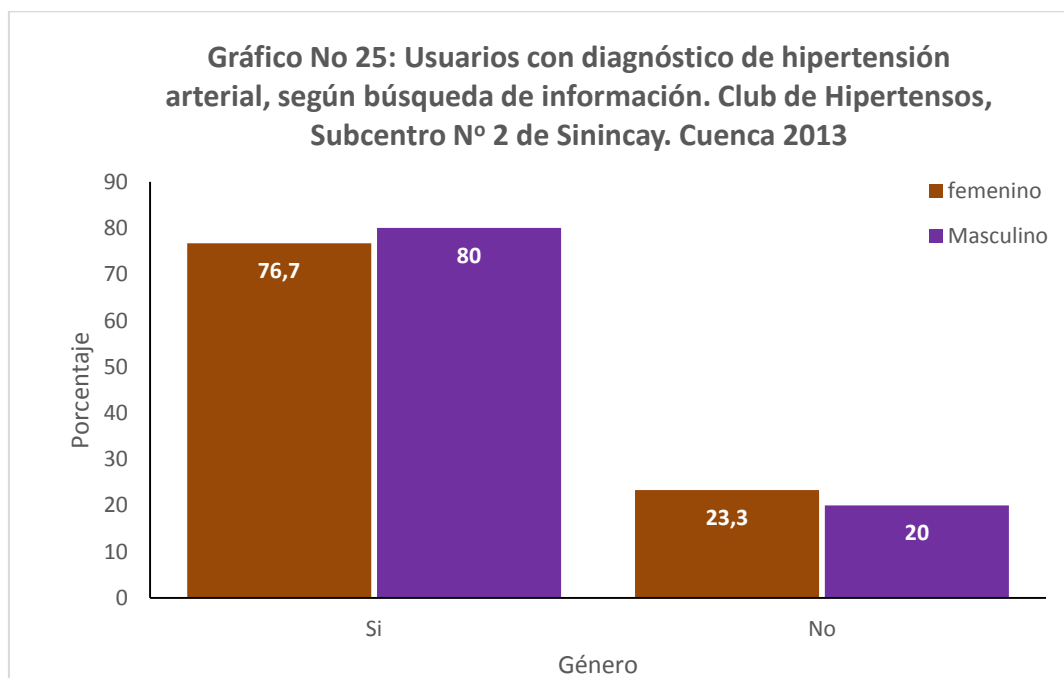
Del total de personas del grupo de estudio, el 77,4% si realizan una búsqueda de información respecto a la hipertensión arterial, el restante porcentaje de personas no lo hace. En relación del género, los porcentajes de búsqueda de información son muy cercanos entre mujeres y hombres, lo que indica el interés por conocer más sobre la patología que padecen.

TABLA N° 25

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según búsqueda de información. Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013

Búsqueda información	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	33	76,7	8	80,0	41	77,4
No	10	23,3	2	20,0	12	22,6
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

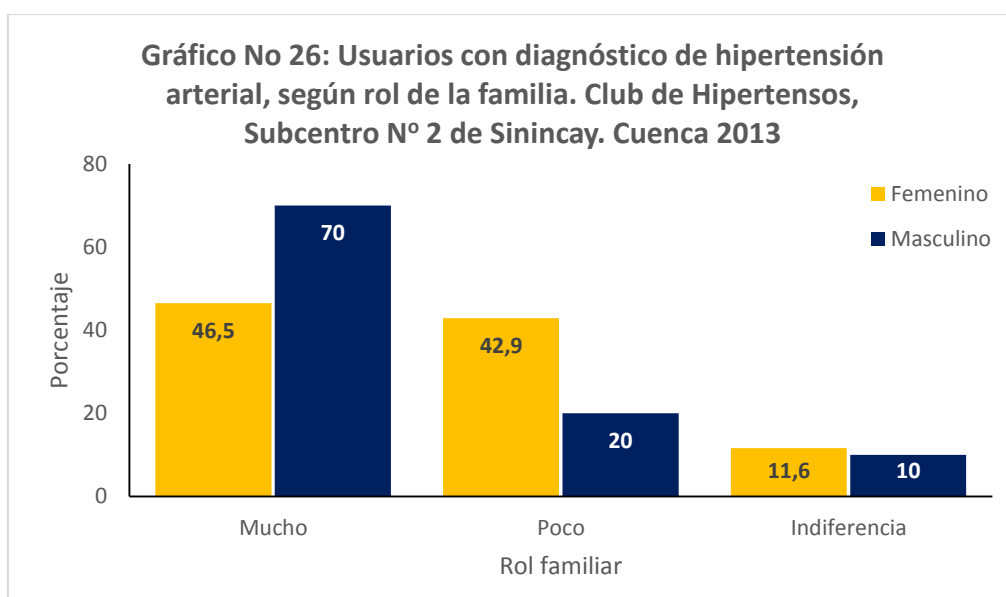
En cuanto al apoyo familiar el 50,9% de las personas indica tener mucho apoyo, pero el restante 49,1% es de poco apoyo o de indiferencia, situación que no es la mejor para una persona hipertensa. Los hombres reciben un mayor apoyo que las mujeres, con porcentajes del 70% para los primeros y del 46,5% para las segundas, Aquí si hay una connotación de género, en donde la enfermedad de la mujer no tiene la misma valoración que la del hombre, y esto es muy negativo para las mujeres.

TABLA N° 26

**Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, según apoyo de la familia.
Club de Hipertensos, Subcentro N° 2 de Sinincay. Cuenca 2013**

Apoyo de la familia	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mucho apoyo	20	46,5	7	70,0	27	50,9
Poco apoyo	18	41,9	2	20,0	20	37,7
Indiferencia	5	11,6	1	10,0	6	11,3
Total	43	100,0	10	100,0	53	100,0

FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras



FUENTE: Base de datos
ELABORACION: Las Autoras

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

La OMS, así como los diversos artículos de Universidades, o de instituciones de salud, indican que la ingesta alcohólica, el consumo de tabaco, el sedentarismo, así como una alimentación inadecuada rica en hidratos de carbono y grasas no saturadas son los factores principales ligados con la hipertensión arterial, y con el éxito del tratamiento antihipertensivo. En la presente investigación, las personas que tienen hipertensión arterial, todavía mantienen algunos hábitos como el fumar, la ingesta alcohólica en porcentajes inferiores a los que no fuman ni ingieren alcohol. De igual manera, la frecuencia de la actividad física en porcentaje bajos es deficiente, aunque no se puede hablar de sedentarismo, porque realizan varias actividades, sin embargo no tienen un régimen adecuado de esta conducta física. Finalmente, la alimentación, aunque un porcentaje alto de ellos, indica haber modificado sus costumbres alimentarias por otras que contribuyen a la baja de peso, a base de alimentos con fibra, cereales, verduras, frutas, pan integral, existe un porcentaje no despreciable de un 39% aproximadamente de personas que no incorporan con la frecuencia necesaria este tipo de alimentación y lo hacen a veces.

En relación al autocuidado, a ninguna oficina de salud, institución, universidad, personas impulsoras del mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, se escapa de pronunciarse sobre la importancia primordial del autocuidado en el éxito terapéutico, ello va desde la conciencia de los síntomas y signos, el acudir para control médico, el cumplimiento de la prescripción médica, no a la automedicación, el conocimiento de la enfermedad, una vida con control de la tensión emocional tranquila, están entre las indicaciones comunes, que se puede encontrar en todo documento y que es el diario del personal de salud médico, de enfermería, o del promotor de salud. Al respecto en la presente investigación, todavía falta caminar en este aspecto, hay falta de cumplimiento en el cumplimiento del tratamiento medicamentoso, tienen varias actividades en el día, es decir una vida agitada, ingieren bebidas con contenido

de cafeína, se automedican de manera particular se observa esta conducta en el grupo de mujeres.

Todas estas situaciones adversas, aunque se observan en un número menor de personas, como se deduce de los cuadros estadísticos antes descritos, no dejan de ser inquietantes, porque conductas adecuadas se debe propender a observar en el 100% de las personas.

En un estudio realizado por Landeros. et al, estimaron las capacidades de autocuidado (CAC) para hipertensión arterial tomando como universo 120 personas de 20 a 69 años de una comunidad rural, donde se encontró que el grupo de personas sin Hipertensión Arterial percibe sus capacidades de autocuidado relativamente más bajo que las personas con Hipertensión Arterial. Probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, en este sentido, Orem refiere que el factor que más influye en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta, es la alteración percibida de su estado de salud. En comparación con nuestro estudio se puede decir que el porcentaje del grupo de edades son similares a los de este estudio, y en relación a la percepción de su salud por parte del grupo de Hipertensos la mayoría de ellos consideran que es regular pese a que tienen conocimientos sobre su cuidado pero no son puestos en práctica.

Un trabajo de grado realizado en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana (Colombia), estableció el autocuidado para la prevención, control y tratamiento de la enfermedad, tomando como universo a 160 personas con diagnóstico de hipertensión arterial que asistían en forma regular en relación a las actividades de prevención, el 54% cumple con los hábitos alimenticios propios para su enfermedad, el 64.25% lo hacen con los hábitos tóxicos y el 59% realizan ejercicio físico con frecuencia, pudiéndose afirmar que el 61% de la población asume estilos de vida saludables relacionados con la hipertensión arterial, En otro estudio realizado por Do Amaral los resultados indican que los servicios de salud están asegurando el

acceso al cuidado médico (71.6% tienen las citas del médico regulares) y medicación (86.7% toman su medicación rutinaria), sin distinción acerca del estado socio-económico. Sin embargo, las desigualdades sociales persisten en el conocimiento y uso de otras medidas para controlar la tensión arterial, como la dieta apropiada y la actividad física, que son insuficientemente utilizadas por los estratos socio-económicos más privilegiados, esto explica en algunos casos la no adhesión a la medicación y a los regímenes prescritos para estimular la adhesión al tratamiento es importante, certificarse que el usuario comprende que la Hipertensión Arterial puede ser controlada, pero no curada y que no debe interrumpir el tratamiento sin consultar con los profesionales que lo asisten y cuidan.

PROPUESTA DE AUTOCUIDADO PARA LOS USUARIOS DEL CLUB DE HIPERTENSOS DE SUBCENTRO DE SALUD Nº 2 DE SININCAY.

Los conocimientos de autocuidado no deben perderse de vista por los usuarios ya que es una actitud de cada uno (actividades que realiza la persona para su propio bienestar para regular su propio funcionamiento y desarrollo). A pesar de las informaciones sobre la enfermedad algunos usuarios continúan con estilos de vida que pueden dificultar el tratamiento o producir complicaciones, permaneciendo en esos casos, el déficit de autocuidado.

La enfermedad Hipertensiva por sus características de enfermedad crónica y de no causar alteraciones físicas exacerbadas que llevan a los usuarios a tener señales y síntomas incómodos necesitan recibir educación para que puedan entender y aceptar las orientaciones necesarias para su tratamiento, para ser más fácilmente comprendidas y aceptadas por sí mismos.

En relación con los sistemas establecidos por Orem se observa en este estudio que el sistema de apoyo a la educación es fundamental para suplir las demandas de autocuidado terapéutico, ya que, a través de él, la enfermera o el equipo de salud puedan instruir al individuo a prepararse para ser el dependiente de su autocuidado.

Para que esta demanda de autocuidado sea establecida y pueda ser identificada claramente se plantea lo siguiente:

- ❖ Realizar visitas domiciliarias continuas para controlar el cumplimiento correcto en el cuidado de su salud, porque no basta que el usuario sepa teóricamente sino que ponga en práctica lo aprendido solo así podrá tener una Hipertensión Arterial controlada y llevar una vida más saludable.
- ❖ En cuanto a la alimentación la implementación de alimentos con fibra, en su dieta diaria ayudará a una buena digestión y eliminación adecuada de residuos innecesarios para su organismo y prevenir así el incremento

de su peso lo cual ayuda a reducir los niveles de presión arterial puesto que una mala alimentación y el sobrepeso u obesidad son factores predisponentes de la Hipertensión Arterial.

- ❖ Con relación al ejercicio físico, la mayoría de usuarios determinan que realizan actividad física diariamente, la caminata es la actividad más señalada, por lo que podemos decir que en nuestro estudio no encontramos sedentarismo, sin embargo se indica que para que la caminata sea productiva antes de salir se debe consumir una cantidad considerada de agua ya que con la actividad física la persona transpira y puede perder líquidos, es por eso que se recomienda el consumo de agua, el tiempo recomendado para esta actividad es de aproximadamente 30 minutos, caminar sin prisa con tranquilidad ayuda a reducir los niveles de estrés, a disminuir peso y así mejorar su calidad de vida y reducir los niveles tensionales.
- ❖ Desarrollar nuevos estilos de vida compatible con los efectos de desviaciones de salud o al tratamiento prescrito, disminuyendo el consumo de sal e incluir alimentos como frutas, verduras, cereales, cumpliendo además con las citas establecidas para el control médico periódico.

Para que los cuidados de enfermería tengan éxito no debe dejar de lado emplear valores éticos en los que se sustenta el cuidado de enfermería otorgado a los adultos mayores con Hipertensión Arterial, existen cuatro principios básicos o fundamentales que son: la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

CAPITULO VIII

8. CONCLUSIONES

8.1 Conclusiones generales

- Se incorporaron 53 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, que pertenecen al Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N° 2 de Sinincay. La mayoría de las personas, 81,1% fueron mujeres. La mayor parte de las personas se encuentran en los grupos de edad de 56 a 65 y de 66 años y más. El estado civil de las personas corresponde al de casado o casada y le sigue en frecuencia el de viudo/a.
- En la evaluación del nivel de los conocimientos, actitudes, prácticas y autoeficacia sobre el autocuidado aplicados para sí mismo se evidenció la dificultad de mantener comportamientos compatibles con el autocuidado.
- Los conocimientos tuvieron la mejoría más significativa en comparación a las actitudes y prácticas.
- Se detectó una inadecuación en la alimentación, encontrándose falta de control de la ingestión de sal y grasas, los usuarios no priorizaban comportamientos adecuados para controlar la enfermedad, estos factores estaban asociados debido a la dificultad de mantener la dieta regularmente, a pesar del conocimiento de la importancia de la misma para el control de la Hipertensión Arterial, ya que la alimentación es un elemento importante en la calidad de vida de un Hipertenso.
- La utilización de la teoría del autocuidado en los usuarios con Hipertensión Arterial permitió considerar aspectos esenciales para que las demandas de autocuidado se cumplan satisfactoriamente.

8.2 Conclusiones específicas

De la situación socioeconómica

La instrucción formal es mala con un 32,1% de analfabetismo, sumado un 47,2% de primaria incompleta. El máximo nivel educativo alcanzado es el de primaria completa. Se adiciona a lo anterior que el 56,6% indican tener dependencia económica.

De los antecedentes patológicos familiares

El 100% de las personas del grupo de estudio indica la existencia de antecedentes patológicos familiares. Correspondiendo los porcentajes más altos a la Madre con el 47,2%, y luego al Padre con el 24,5%, los familiares con antecedentes de hipertensión más frecuentes.

De la calidad de vida y riesgos hipertensivos

Una situación importante, es que el 58,5% del total de las personas ni fuma ni ingiere alcohol. Aunque el restante 41,5% ingiera alcohol y/o fuma cigarrillo.

El 100% de las personas ingiere algún preparado con cafeína, siendo el café la preparación más ingerida en un 51%.

La ingesta de sal, según la información apenas el 13,2% indica que lo hace en cantidades moderadas, y las demás personas 86,8% o ingieren sin sal o lo hacen en poca cantidad. Situación muy favorable en una persona con hipertensión arterial.

Además el 100% realiza alguna actividad física, sea caminata, correr o gimnasia. Sin embargo un 24,5% la actividad física realizada es insuficiente, porque lo hacen una vez por mes o a veces.

El 100% de las personas del grupo de estudio, han implementado cambios en la dieta, para controlar el peso

Un 49% de personas están sujetas a tensión emocional inadecuada y que puede afectar la presión arterial, por ser demasiada o siempre. A esto se suma que el 79,2% de las personas indica realizar más de tres actividades diarias, que puede ser una situación relacionada con tensión emocional.

Características del sueño

El 62,2% de las personas, duermen más de ocho horas y/o están entre 5 a 7 horas por día, que es un indicador adecuado del tiempo de sueño.

Entre las actividades que realizan para conciliar el sueño están comer o tomar café y hacer ejercicios.

Cuidados personales

El 67,9% del total de personas del grupo de estudio indica realizar actividades anti stress, actitud que es buena, en relación de la relación directa del stress con la hipertensión arterial.

Además el 77,4% confirma que preparan e ingieren una dieta para controlar el peso, actividad que realizan tanto mujeres como hombres en porcentajes muy cercanos, siendo algo mayor en el grupo de las mujeres, con una diferencia de 9 puntos. Pero al investigar la frecuencia, de la ingesta de una dieta saludable con fibra, frutas, verduras, cereales, pan integral, encontramos que un 37,7% lo hace algunas veces, sumado a un 1,9% que nunca.

Autocuidado

El 88,7% de las personas cumple con el tratamiento, sin embargo el problema está en el 11,3% que no cumple con las indicaciones terapéuticas. El incumplimiento es más en el grupo de los hombres que en la mujeres. A esto se suma la automedicación que en un 23,3% de ellas lo practican. El 88,7% del total de las personas indica dedicar tiempo para el autocuidado.

La búsqueda de información sobre la enfermedad, realiza el 77,4% del total de personas, con porcentajes muy cercanos en relación del género.

Apoyo familiar

Un último aspecto el apoyo familiar, el 50,9% de las personas del grupo de estudio tiene mucho apoyo familiar; pero el restante porcentaje es el problema, porque se requiere de ese apoyo para el éxito en el control de la presión arterial.

Recomendaciones

Se considera importante que la enfermería profundice el conocimiento, manejo y cuidado del usuario Hipertenso, enfatizando en la necesidad de instaurar programas académicos especializados dirigidos a esta población, lo que facilitaría la realización de programas sólidos por parte de los servicios de salud, para dar respuesta a las necesidades de este grupo poblacional.

De esta manera concientizar al usuario Hipertenso sobre la aplicación correcta de autocuidado sobre sí mismo, ya que no le basta al individuo tener conocimientos sobre las formas de tratamiento, estilos de vida, hábitos y los riesgos que la Hipertensión Arterial puede ocasionar, de esta manera estimular a los usuarios a expresar sus problemas, dudas y preocupaciones sobre su salud.

CAPITULO IX

11. BIBLIOGRAFÍAS

1. OMS. En el 2012 se registraron de cada 100.000 personas 1373 sufren Hipertensión Arterial. Disponible en www.who.es/hipertension/es/index.html.
2. OREM, Dorothea. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Ed. Barcelona. 2010. Pag: 423.
3. Datos de morbilidad de. 2011. Obtenidos del Centro de Estadística del Área N°2. Cuenca – Ecuador.
4. Harrison, *Principios de Medicina Interna*. 17^a .ed. México. 2009. Pags: 1553-1559.
5. Guyton,A, *Tratado de Fisiología Medica*. 12^{ava}.ed. España. 2011. Pags: 101-102.
6. Brunner, y, Suddarth. *Manual de Enfermería*. Cuarta Edición.2008. Tomo II. México: Editorial Interamericana.
7. Potter, P. Fundamentos de enfermería.5^{ta}. ed. Madrid. 2009. Pags, 726-728.
8. Landeros-Olvera EA, et al: *Capacidades de autocuidado para hipertensión arterial y percepción del estado de salud en personas con o sin obesidad*. Tesis de maestría Universidad Autónoma de México 2008.
9. GUÍA PRÁCTICA CONSUMER, *La Hipertensión Arterial, Etiología y Epidemiología*. Disponible en la World Wide Web:<[http://saludydeporte.consumer.es/enfermedad y deporte/hipertension/index.html](http://saludydeporte.consumer.es/enfermedad_y_deporte/hipertension/index.html).
10. ARRIOJA MORALES, Graciela, ALONSO CASTILLO, Magdalena. Estilo de Vida en el Paciente con Hipertensión Arterial. Revista Salud Pública y Nutrición: RESPYN. 2008 Edición especial nº 4. Disponible en la World Wide Web: <http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/htasistemica>.

11. OMS. Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. Centro de Prensa. Disponible en: http://who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/. Lunes 25 de marzo del 2014.
12. Surós, J. *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*. ed. 5a. Ed. Salvat. Barcelona. 1975:273
13. Zarate, H. *Hipertensión Arterial: Problema de Salud Pública*. Medwave .Ed. Julio 2009.
14. *Vigilancia de Salud de la Hipertensión Arterial en la atención primaria de salud*. 2005. disponible en <http://www>.
15. Gisper, C. et.al. *Manual de Enfermería*- Nueva Edición- España. Editorial Oceano 2012.
16. Díaz, I. *Funciones de enfermería en el Programa Cardiovascular: Nivel Regional-Distrital Operativo*. Material monografiado. 2008.
17. Natera, B. La Hipertensión Arterial: un Enemigo Silencioso. Suplemento médico de salud. Diario de Caracas. N° 15. 23-4-07.2009.
18. MARRINER TOMEY, A. *Modelos y teorías de enfermería*. 6ª edición. Editorial Mac Graw Hill. Año 2008.
19. Regulación nerviosa de la circulación y control rápido de la presión arterial. En: Gayton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiología Médica*. 10ª ed, México, McGraw-Hill, 2007: 223-34.
20. Explorando la teoría general de enfermería de Orem-edigranphic.com Disponible en www.medigranphic.com/pdf/enfenu/ene-2011.
21. DOWNEY, Patricio, Revisión del apunte nueve: Hipertensión Arterial. Disponible en la World Wide Web: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/meb203b/ProgramaClasesEnfermeria/Apunte9.doc>>.
22. Artículo científico. Landeros-Olvera EA, et al: *Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural*. 2009.

CAPITULO X

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras: Narcisa de Jesús PaguayAsitimbay, Rosa Natividad Mejía Tigre, estudiantes de la Universidad de Cuenca, de la Facultad de Ciencias, Médicas, de la Escuela de Enfermería, autoras de la investigación de tesis previa a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería denominada **“Autocuidado en los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N° 2 de Sinincay”** pedimos su colaboración y participación en esta investigación donde se preguntará sobre las acciones que realiza diariamente para su bienestar personal, estilos de vida, hábitos, dieta, ejercicio y tratamiento médico, además se pretende indagar qué otras tareas cumple aparte del tratamiento médico prescrito, para el control de su enfermedad. Para el cual aplicaremos un formulario de 30 preguntas que serán respondidas en un tiempo aproximado de 40 minutos.

El formar parte del estudio es de su libre decisión y que está en libertad de dejar de participar en cualquier momento que así lo desee sin que le perjudique en ninguna forma, la participación en esta investigación no ofrece ninguna compensación económica o pago, tampoco tendrá costo para usted ya que es totalmente gratis.

Toda la información será absolutamente confidencial.

He leído o se me ha leído toda la información contenida en este documento sobre este estudio de investigación, incluyendo los posibles riesgos, así como la probabilidad de algún beneficio para mí y estoy de acuerdo en participar en el presente estudio.

Cuenca, 2013

.....
Firma o huella digital

.....
Numero de cedula

**ENCUESTA PARA DETERMINAR EL AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS
CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CLUB
DE HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO N°2 DE SININCAY CUENCA- 2013.**

FECHA DE LA ENCUESTA: _____

DATOS GENERALES:

1. ¿Qué edad tiene usted?

- a) De 26 a 35 años ()
- b) De 36 a 45 años ()
- c) De 46 a 55 años ()
- d) De 56 a 60 años ()
- e) De 70 o más. ()

2. Sexo.

Femenino () Masculino ()

3. ¿Realiza cambios en su dieta para mantener su peso adecuado?

Si () No ()

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero ()
- b) Casado ()
- c) Viudo ()
- d) Unión libre ()
- e) Divorciado o separado ()

5. ¿Cuál es su nivel de instrucción?



- a) Analfabeto ()
- b) Primaria completa ()
- c) Primaria incompleta ()
- d) Secundaria completa ()
- e) Secundaria incompleta ()
- f) Superior completa ()
- g) Superior incompleta ()

6. ¿Dependencia económico?

- a) Dependiente ()
- b) Independiente ()

7. ¿En qué trabaja actualmente usted?

- a) Empleado público ()
- b) Empleado privado ()
- c) independiente ()
- d) Agricultura ()
- e) Quehaceres Domésticos ()
- f) Jubilado ()
- g) Otros.

8. ¿Con quién vive usted?

- a) Solo/a ()
- b) Esposo/a ()
- c) Hija/o ()
- d) Hermana/o ()
- e) Amigo/a ()

9. Antecedentes familiares: ¿Algún familiar ha tenido o tiene Hipertensión Arterial?

- a) Abuelos ()
- b) Madre ()
- c) Padre ()
- d) Hermano/a ()
- e) Tío/a ()

10. ¿con que frecuencia incluye alimentos como fibra, frutas, pan integral, verduras y cereales?

- a) Siempre ()
- b) Generalmente ()
- c) Algunas veces()
- d) Nunca()

11. HÁBITOS

- **Usted Fuma:** SI () No ()

- a) Siempre ()
- b) Reuniones Sociales ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

- **Usted bebe alcohol:** Si () No ()

- e) Siempre ()
- f) Reuniones Sociales ()
- g) A veces ()
- h) Nunca ()

- **Consume bebidas que contienen cafeína.**



Si ()

No ()

a) Colas ()

b) Café()

c) Té()

• **En su dieta consume sal.** Si () No ()

a) Poca cantidad ()

b) Moderada cantidad ()

c) Gran cantidad ()

d) Sin sal ()

12. ¿Conoce usted alimentos que no puede consumir una persona con Hipertensión Arterial?

Si ()

No ()

Si su respuesta es SI mencione tres alimentos

1.

2.

3.

13. ¿Usted prepara sus alimentos?

Si ()

No ()

14. ¿Usted realiza actividad física?



Si () No ()

15. ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

- a) Diariamente ()
- b) De uno a tres veces a la semana ()
- c) De cuatro a seis veces a la semana ()
- d) Una vez al mes ()
- e) A veces ()
- f) Nunca ()

16. ¿Qué tipo de actividad física realiza usted?

- a) Caminata ()
- b) Corre ()
- c) Trota ()
- d) Gimnasia ()
- e) Ninguno ()

17. Cuantos minutos realiza la actividad física)

- a) De 15 a 30 min. ()
- b) De 30 a 45 min. ()
- c) De 45min o más. ()

18. ¿Se siente agobiado por situaciones cotidianas que antes no le preocupaban demasiado?

- a) Demasiado ()
- b) Poco ()
- c) A veces ()
- d) Siempre ()



19. ¿Tiene más de 3 actividades distintas durante el día?

Si () No ()

20. ¿Realiza actividades relajantes para controlar el stress?

Si () No ()

21. ¿Cuántas horas duerme en la noche habitualmente?

- a) Más de 8 horas ()
- b) Entre 5 y 7 horas ()
- c) Entre 3 y 4 horas ()
- d) Menos de 2 horas ()

22. ¿Qué actividades realiza usted para conciliar el sueño?

- a) Hacer ejercicio ()
- b) Leer ()
- c) Escuchar música()
- d) Toma o come algo()

23. ¿Cómo es su percepción de su estado de salud?

- a) Malo()
- b) Regular ()
- c) Bueno ()
- d) Muy bueno()

24. ¿Cómo considera que es el rol de su familia en el cuidado de su enfermedad?

- a) De mucho apoyo ()



- b) De poco apoyo()
- c) De indiferencia()

25. ¿Usted busca información acerca de su enfermedad?

Si () No ()

26. ¿Usted invierte tiempo en su propio cuidado?

Si () No ()

27. ¿Qué tipo de tratamiento recibe usted?

- a) Farmacológico (con medicamentos) ()
- b) Natural ()

28 ¿Usted se automedica para la Hipertensión Arterial?

Si () No ()

29. ¿Se interesa usted por cumplir con el tratamiento médico para la Hipertensión Arterial?

Si () No ()

30. ¿Toma frecuentemente su medicación para la Hipertensión Arterial?

- a) Diario ()
- b) Cuando me acuerdo ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN