

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA



Factores relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos Hospital Reátegui Delgado - Piura, 2019

Tesis para obtener el Título de Licenciado en Enfermería

Autor

Velásquez Holguín, Yony

Asesora

Mejías Ramírez, Rosa Alicia

Piura – Perú

2020

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA



**Factores relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes
hipertensos Hospital Reátegui Delgado - Piura, 2019**

Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería

Autor

Velásquez Holguín, Yony

Asesora

Mejías Ramírez, Rosa Alicia

Piura – Perú

2020

1. Palabras Clave:

Cumplimiento, dietas, Pacientes hipertensos

Tema: Factores relacionados al cumplimiento de dietas en pacientes hipertensos

Especialidad Enfermería

Diet compliance, Hypertensive patients

Topic: Factors related to diet compliance in hypertensive patients

Speciality : Nursing

Area: Ciencias Médicas y de Salud

Subárea: Ciencias de la salud

Disciplina: Epidemiología

Línea de investigación: Epidemiología del cuidado en salud

2. Titulo

Factores relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos Hospital Reátegui Delgado - Piura, 2019

3. Resumen

La presente investigación titulada como “Factores relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos Hospital Reátegui Delgado - Piura, 2019”, con el objetivo de determinar los Factores relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos.

El tipo de esta investigación fue descriptivo exploratorio de corte transversal. La muestra fue sesenta y siete 67 dolientes. Se utilizó la técnica de la entrevista. Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 23, en donde se tabularon los datos en frecuencias y porcentajes.

Como resultado obtuvimos que el género masculino no realiza la compra de alimentos adecuados con un 90.5% (38), también no realiza la compra de cambios en su dieta con un 81.0% (34), además no tiene mala relación con el médico tratante con un 73.8% (31), no tiene dificultades para el acceso al cuidado con un 78.6% (33), y por último no tiene malas creencias sobre la dieta con un 88.1% (37). Con respecto al género femenino si tiene aspectos educacionales y sociales con un 80.0% (20), pero si tiene dificultades del lugar de la atención con un 76.0% (19), con conciencia de la enfermedad y su rol con un 88.0% (22) y 92.0% (23) respectivamente, y por último tiene el 76.0% (19) baja capacidad de tolerancia.

Como conclusión, los dolientes hipertensos del Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, en el año 2019, no compra alimentos adecuados, no realiza los cambios de dietas recomendados, tienen aspectos educacionales y sociales, no tienen mala relación médico – paciente, no tienen dificultades para el acceso al cuidado, y no tienen dificultades del lugar de la atención, si tienen conciencia de la enfermedad y su rol, no tiene malas creencias sobre la dieta, no tiene baja capacidad de tolerancia.

Palabras clave: Cumplimiento, dietas, Pacientes hipertensos

4. Abstract

This research entitled "Factors related to diet compliance in hypertensive patients Hospital Reátegui Delgado - Piura, 2019", with the objective of determining the Factors related to diet compliance in hypertensive patients. The type of this investigation was descriptive cross-sectional exploratory. The sample was sixty-seven 67 mourners. The interview technique was used. The statistical program SPSS v. 23, where the data in frequencies and percentages were tabulated.

As a result, we obtained that the male gender does not make the purchase of adequate food with 90.5% (38), he also does not make the purchase of changes in his diet with 81.0% (34), in addition he does not have a bad relationship with the treating doctor with 73.8% (31), do not have difficulties in accessing care with 78.6% (33), and finally have no bad beliefs about the diet with 88.1% (37). Regarding the female gender, if it has educational and social aspects with 80.0% (20), but if it has difficulties in the place of care with 76.0% (19), with awareness of the disease and its role with 88.0% (22) and 92.0% (23) respectively, and finally it has 76.0% (19) low tolerance capacity.

In conclusion, the hypertensive mourners of the Jorge Reátegui Delgado Hospital - Piura, in 2019, do not buy adequate food, do not make the recommended diet changes, have educational and social aspects, do not have a bad doctor-patient relationship, do not have difficulties to Access to care, and do not have difficulties in the place of care, if they are aware of the disease and their role, do not have bad beliefs about the diet, do not have low tolerance.

Keywords: Diet compliance, hypertensive patients.

Índice

Palabras clave	3
línea de investigación	3
Título	4
Resumen	5
Abstrac	6
Índice	7
Índice de Tablas	8
Índice de Figuras	9
Introducción	12
Metodología	43
Resultados	47
Análisis y Discusión	60
Conclusiones y Recomendaciones	63
Referencia Bibliográfica	66
Anexos y Apéndice	70

Índice de tablas

	Pág.
TABLA 01	Datos generales de pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019. 47
TABLA 02	Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019. 50
TABLA 03	Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019. 53
TABLA 04	Factores del Paciente en las Dimensiones Conciencia de la Enfermedad, Conciencia de su rol, Malas creencias sobre dieta y baja capacidad de tolerancia. Hospital Jorge Reategui Delgado – 2019. 55
TABLA 05	Relacion Genero – Factores que determinan el cumplimiento de la dieta en pacientes hipertensos en el hospital Jorge Reategui Delgado - 2019 58

Índice de figuras

	Pág.
Figura 01	48
Figura 02	48
Figura 03	49
Figura 04	49
Figura 05	51
Figura 06	51

Figura 07	Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a los aspectos educacionales en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	52
Figura 08	Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a los aspectos sociales en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019	52
Figura 09	Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la mala relación médico y pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	54
Figura 10	Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a las dificultades para el acceso al cuidado en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	54
Figura 11	Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a las dificultades del lugar de la atención en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	55
Figura 12	Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la conciencia de la enfermedad, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	56

Figura 13	Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la conciencia de su rol, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	57
Figura 14	Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la malas creencias sobre la dieta, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	57
Figura 15	Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la baja capacidad de tolerancia, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.	58

5. Introducción

5.1 antecedentes y fundamentación científica

5.1.1 Antecedentes

Diversas instituciones y acuerdos encajan en las ganancias de las modificaciones de modos de vida en el proceso de cura de la hipertensión arterial (HTA). No obstante en la praxis médica diaria, en numerosas ocasiones no se le brinda la necesaria relevancia. La táctica en la precaución y la conducción de la hipertensión arterial involucra el conocimiento sobre su descubrimiento anticipado y habituaciones adecuadas de vida, que exclusivamente logran ser solucionados con campañas extensas de conocimiento a la sociedad. Conforme al procedimiento de cura, subsisten precauciones farmacológicas y no farmacológicas. Varias veces, estas recientes son suplantadas por el proceso de cura farmacológico, pese de manifestar considerablemente la gran utilidad en la modificación de modos de vida.

Se ha manifestado como la disminución de cinco a seis kilogramos de peso puede lograr cambios metabólicos sustanciales y genera efecto en el mecanismo cardiovascular y osteomuscular. De manera ideal, el convaleciente debe conseguir un peso habitual y un índice de masa corporal mínimo a veinticinco.

La alimentación disminuida en cloruro sódico de los enfoques dietéticos para frenar la hipertensión (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) ha comprobado que apoya a disminuir la presión

arterial. Sus resultados sobre la presión arterial de vez en cuando se observan al fin de unas semanas.

Esta alimentación es opulenta en nutrientes fundamentales y fibra. Además contiene comestibles que son acaudalados en Ca, K y Mg. Asimismo inferiores en cloruro de sodio que la alimentación estadounidense característica.

Montes de Oca A y Zambrano M. (2012). Desarrollaron una investigación para definir la relación entre hábitos alimentarios y su consecuencia en el estado nutricional de individuos de treinta a cincuenta años de la plantilla que trabaja en el área administrativa de la Universidad Técnica de Manabí. Julio-Diciembre del 2012, fue un estudio diagnóstico propositivo, en una muestra de 103 personas, encontrando los siguientes resultados, el mayor porcentaje tuvo entre 41 y 45 años, la mayoría del sexo femenino procedentes del área urbana, realizan tres comidas diarias en su casa, la mayoría realiza ejercicios tres veces por semana, la mayoría consume agua complementada con agua, entre tres a cuatro botellas por día. En los resultados de medidas antropométricas, se evidenció la existencia de sobrepeso, logrando la mayor parte de la población circunferencia de cintura de riesgo grave en ambos sexos. Concluyeron que, el conjunto de varones manifestó un superior predominio en obesidad, aumento de la tensión sanguínea y peligro a síndrome metabólico, pero mínimo en sobrepeso que el de las mujeres, por esta razón se propone llevar a cabo tácticas para el

control y precaución de peligro de dolencias permanentes no transferibles en los habitantes estudiados.

Rosique J. et al (2010): Realizaron un análisis sobre hábitos alimentarios y el estado nutricional en indígenas embera de Colombia. Las muestras estudiadas conformaron 235 habitantes de Nusidó y 219 de Atausí. El producto fue que el ideal dietario (caza, pesca y recolección) tradicional, es inadmisibles por la disminuida productividad y situaciones socioeconómicas. El predominio de defecto en la ingesta cotidiana (Atausí > Nusidó) es elevada: energía 73,2%, proteínas 36,6%, ácido fólico 34,2%, calcio 93%, vitamina A 61,4% y zinc 75,7%. La anémica grave se manifestó en el 68,9% (0-10 años), y estatura diminuta en 77,1% (10-19 años), la obesidad en el 45% (adultos) y a otras edades se vinculó con el patrón alimentario y la diminuta medida. Ambas comunidades tienen un elevado porcentaje de anemia que el nivel nacional y la más dependiente de la selva (Atausí) manifiesta un mayor número de dificultades nutricionales. Concluyeron que los presentes hábitos nutricionales no cubren las exigencias nutricionales e interviene en la desnutrición crónica hallada, junto con otros factores que aumentan la incertidumbre alimentaria en indígenas, en relación a la población general colombiana.

Ferro R. y Maguiña V. (2012). Realizaron un estudio sobre los hábitos nutricionales e índice de masa corporal en escolares de una universidad pública según área de investigación. La muestra estuvo constituida por trescientos veintiseis escolares masculinos y femeninos de pregrado de las 6

áreas de estudio de la UNMSM: Área A —Ciencias de la Salud, área B —Humanidades, área C —Ciencias Sociales, área D —Ciencias Básicas, área E —Ingenierías, área F —Económico - Empresariales. Los Resultados fueron, el 78.1% (n=250) de los escolares manifestaron hábitos nutricionales adecuados; 62% tuvieron IMC normal, 31% sobrepeso, 4% obesidad y el 3% delgadez. Los hábitos nutricionales convenientes notables en los escolares es la consumición de alimentos de tres a cinco veces diarias, la consumición cotidiana del desayuno, almuerzo y cena, el horario de desayuno y almuerzo, el ambiente donde ingieren los esenciales alimentos, el acompañamiento dentro de la consumición de alimentos, reiteración de consumición de alimentos como pescado, pollo, huevo, menestras y bebidas a lo largo del día; en tanto que los hábitos nutricionales inconvenientes destacados fue la consumición del desayuno solo, periodicidad de consumición de aperitivo en el refrigerio, regularidad de consumición de leche, queso, verduras y sal. La asociación entre hábitos nutritivos e IMC fue no significativa ($p= 0.185$). Concluyeron, que hallaron la asociación entre hábitos alimentarios e IMC en el total de escolares colaboradores de la UNMSM, pero si se descubrió dentro de las áreas de humanidades y económico - empresariales, y entre escolares mujeres.

Sánchez F. y De La Cruz F. (2011). Realizaron una investigación para determinar la asociación de los hábitos alimentarios, estado nutricional con el nivel socioeconómico (NSE) de los adultos mayores que asisten al Programa Municipal de Lima Metropolitana.2011. La muestra estuvo

constituida por 115 personas mayores de 60 años de ambos sexos que asistían constantemente al Programa Municipal del Adulto Mayor. Los resultados que encontraron fue una prevalencia de sobrepeso de 42.6% y obesidad de 19.1%. Más del 60% de la población adulta mayor presentó hábitos alimentarios inadecuados respecto a carnes (65.2%), lácteos (78.3%), menestras (87.8%), frutas y verduras (64.3%). El estado nutricional no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el NSE ($p=0.629$). Respecto a hábitos alimentarios, se observó una asociación significativa ($p<0.05$) con el NSE para el consumo de carnes ($p=0.003$), cereales y tubérculos ($p=0.038$) y de frutas y verduras ($p=0.001$). Concluyeron que, se evidenció asociación entre los hábitos alimentarios y el NSE, mas no así, para con el estado nutricional en los adultos mayores que asisten al Programa Municipal del Adulto Mayor de Lima Metropolitana.

5.1.2 Fundamentación Científica.

5.1.2.1 Estilos de vida

El estilo de vida se logra considerar como los prototipos de hábitos, comportamientos, costumbres, posturas, funciones y elecciones de un sujeto, o un conjunto de sujetos, delante de distintas situaciones en las que las personas progresan en sociedad, o por medio de sus tareas cotidianas y que son capaces de ser transformados, el estilo de vida se puede crear no solo naturalmente, sino además como el producto de las elecciones sensatas de aquellos que pretenden mejorarse y optimizar la sociedad.

Propicia al mismo tiempo el fortalecimiento de capacidades y propagación social. Simboliza un resultado dificultoso, producto de factores personales, ambientales y sociales, que concurren no solo del hoy, sino de igual manera de la historia interpersonal. (Sanabria P. et. al., 2007).

Dentro de los factores que incorpora la concepción de estilos de vida tenemos: la nutrición, el sobrepeso, el deporte, la distracción, la tensión, el reposo, el consumo de alcohol y cigarro y las dolencias crónicas. (Alvarez I. et al., 2006).

La ejecución de estos hábitos, unido al no consumir cigarros, aparenta estar ligada a una disminución de hasta el 80% en el peligro de incrementar las dolencias crónicas más habituales. Diversas de estas suelen estar ocasionadas por estilos de vida inapropiados, no obstante, a pesar de los aprovechamientos distinguidos de un estilo de vida adecuado, solo una diminuta fracción de las personas mayores continúan este hábito; la proporción de los individuos que tiene una vida saludable está reduciendo. (Dialnet, 2014)

Las particularidades primordiales del estilo de vida conveniente, están abreviadas en los próximos 4 partes:

- Tiene una particularidad conductual y visible. En este punto las posturas, virtudes y los incentivos no constituyen una porción del mismo, aun cuando si logran ser sus determinantes.

- El comportamiento que lo constituye debe conservarse durante un periodo, dentro del concepto de estilo de vida indica rutinas que tienen alguna persistencia provisional, puesto que deduce una manera de vida usual. Como el caso de haber consumido en alguna ocasión un cigarro, esa conducta no representa un estilo de vida que evidencie peligro para la salud. Por lo explicado anteriormente si una conducta es inhabilitada ya no formara parte del estilo de vida.

- El estilo de vida indica mezcla de comportamientos que suceden resistentemente. Se califica al estilo de vida como una forma de vida que comprende un extenso grado de comportamientos coordinados de una manera congruente en reacciones a las distintas circunstancias significativas de cada individuo o conjunto.

- La conceptualización de estilo de vida no involucra una causa frecuente para todos los comportamientos que forman parte del mismo, pero si se espera que los diferentes comportamientos poseen algunos fundamentos en común. (Liu W., 2012)

Relaciones entre estilos de vida y salud:

El hecho de que los motivos primordiales de fallecimiento se trasladen progresivamente los procesos contagiosos a los factores ambientales, hace que recaude significación la disputa sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. Así, el interés social que estimula este espacio de aprendizaje ha dirigido al incremento de análisis y ediciones, de

manera que en el presente la conceptualización de estilos de vida se emplea en superior medida desde el área de la salud que desde otros puntos de investigación. No obstante, la importancia gradual desde el área de salud, la conceptualización de estilo de vida no integra un campo de aprendizaje reciente. (Liu W., 2012)

Según verificaciones históricas ejecutadas, los principios de esta concepción se dan a fines del siglo IX y los iniciales aportes a la investigación de esta concepción fueron elaboradas por filósofos Karl Marx y Max Weber. Estos estudiosos propusieron un punto de vista sociológico del estilo de vida, acentuando los determinantes sociales de su acogimiento y conservación. Desde la inclinación sociológica, la gran parte de conceptos coinciden al considerar el estilo de vida como un modelo de tareas o comportamientos que las personas deciden adquirir entre aquellas que están vacantes en representación de su entorno social. (Liu W., 2012)

TIPOS DE ESTILOS DE VIDA

Estilo de vida saludable: El estilo de vida se logra considerar como los prototipos de hábitos, comportamientos, costumbres, posturas, funciones y elecciones de un sujeto, o un conjunto de sujetos, delante de distintas situaciones en las que las personas progresan en sociedad, o por medio de sus tareas cotidianas y que son capaces de ser transformados. (Guerrero L., León A., 2010).

Estilo de vida no saludable: Estilo de vida que se relaciona a la ideación de conductas personales y modelo de comportamiento, elementos impregnables que necesitan de los métodos que están pensados para educar cultural y socialmente. Estilo de vida hace una alusión a la forma de habitar, una secuencia de labores, hábitos diarios, como la cifra de alimentos cotidianos, peculiaridades de la ingestión, tiempo de sueño, consumición de cigarro, alcohol, droga y deporte. Al grupo de estas costumbres se les nombra rutinas o conductas mantenidos; de los cuales se diferencian dos clasificaciones: los que sostiene su salubridad y fomentan la perdurabilidad y aquellos que la restringe o surge perjudicial y aminoran la ilusión de subsistencia. (Guerrero L., León A., 2010).

La OMS aconseja ingerir frutas, verduras, lentejas, frutos secos y cereales integrales; al menos cuatrocientos gramos (cinco raciones) de frutas y verdura diarios, las papas, el buniato, la yuca y otros tubérculos harinosos no se califican como frutas ni verduras. (OMS, 2015).

Salubridad, dolencias, estilos de vida y ambiente de la persona: Constantemente es superior la certeza de la carga que actúa nuestro propio comportamiento, nuestras condiciones psicológicas y el entorno en que habitamos sobre nuestra salubridad. La salud de las personas necesita en mayor porcentaje de conductas que desarrollan rutinas sanas. (Laguado E., Gómez M., 2014)

HÁBITOS ALIMENTICIOS

La OMS aconseja ingerir mínimo 5 porciones o cuatrocientos gramos de frutas y verduras diarias ya que disminuye el peligro de obtener una afección no permutable y colaborar a afianzar una dieta cotidiana proporcionada de fibra dietética. Con la finalidad de aumentar la consumición de frutas y verduras tenemos:

- Incorporar verduras en cada una de los alimentos (Desayuno, almuerzo y cena).
- Ingerir frutas frescas y verduras crudas como refrigerio.
- Consumir frutas y verduras frescas de la estación.
- Ingerir una elección diversa de frutas y verduras.
- Estilos de vida referente a la Alimentación

La alimentación es fundamental para el sostenimiento y protección de la salud, ya que el individuo requiere un sinnúmero de alimentos nutritivos para preservar equilibrar y tener operante al organismo, una inadecuada alimentación o la falta de alimentos nutritivos en el individuo contrae un gran peligro de contraer diversas dolencias contagiosas y graves, como efecto de la reducción del sistema inmunológico puesto que la mala alimentación trae consecuencias negativas en este sistema. A lo largo de la recuperación del convaleciente con la dolencia es de gran relevancia la nutrición como parte del proceso de cura, ya que los alimentos beneficiaran a la presurosa rehabilitación del doliente, aumentando el

sistema inmunológico y restaurando los epitelios deteriorados que están involucrados en mencionada dolencia. (Janampa F., 2013)

VARIABLES IMPORTANTES EN EL ESTUDIO DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Las principales investigaciones sobre los estilos de vida adecuados aparecieron desde el área de precaución de las dolencias cardiovasculares, por lo que las variables utilizadas en sus investigaciones iniciales fueron las causas de peligro tradicionales de este patrón de dolencia: consumición de cigarro y alcohol, deporte y rutina de nutrición. Asimismo, los objetos de estudio que empleaban en dichas investigaciones estaban constituidas por personas adultas que presentaban o no dolencia cardiovasculares. (Liu W., 2012)

Intervención Dietética

Coexisten una gran variedad de regímenes alimenticios que han sido empleados en el proceso de cura dietético de la hipertensión. Entre ellas tenemos la alimentación de arroz y fruta, publicado por el Dr. Walter Kempner en el periodo de 1940, con la que se consiguió disminuir la presión a lo menos veinte mmHg a dos tercios de sus dolientes hipertensos; el tercio sobrante presentó un aminoramiento parcial de la presión. En ese periodo no se presentó en ese punto, la alimentación de arroz y fruta de Kempner efectivamente es disminuida en sal y abundante en K. (Moore R., 2000)

Actualmente su uso es extraordinario y reduce a la incapacidad cardiaca con anasarca, siendo recomendable su persecución durante un corto periodo. (Cervera P., et. al., 2004)

Precusores como Ambard y Beaujard en Francia y Allen, Addison y Priddle en EE.UU, enseñaron que al reducir la sal o incrementar el K en la alimentación se restablece la presión elevada y a veces inclusive se recuperaba. (Moore R., 2000)

La dieta de enfoques alimentación para detener la hipertensión es uno de los procesos de curación no farmacológicos más beneficiado, apreciado por ser precautorio y de control de la hipertensión arterial. Este proceso alimentario contiene cantidades determinadas de cada conjunto de alimentos, entre estos tenemos: Cereales y sus derivados (siete – ocho diaria); vegetales (cuatro – cinco diaria); frutas y extracto (cuatro – cinco diaria); lácteos disminuidos o libres de grasa (dos – tres diaria); carnes, aves y pescado (dos raciones como límite); frutos deshidratados, semillas y legumbres (un medio – uno diaria); grasas y aceites (dos- tres diaria); dulces (cinco por semana). Este programa de nutrición está proyectado para ingerir dos mil calorías diarias. Las raciones cotidianas planteadas pueden cambien según la exigencia calórica solicitadas.

Se ha comprobado que la presión arterial reduce con el control del peso mediante de una alimentación balanceada que estima la particularidad de cada enfermo con una limitación mesurada de sodio, una alimentación

abundante en frutas y verduras, productos lácteos fuera de grasas, frutos deshidratados, consumición de carnes blancas y grasas de una adecuada condición así como un preciso aporte de k, Mg y Ca en la alimentación. Por lo que se aconseja la afiliación de la dieta de enfoques alimentación para detener la hipertensión y otros tratamientos alimenticios para contrarrestar la hipertensión arterial, asimismo de otras modificaciones adecuadas dentro del estilo de vida que favorecerá al enfermo. (Mahan K. et. al., 2009)

Recomendaciones Nutricionales

Los enormes progresos de la nutrición en los finales decenios nos permitan manifestar que está conforma una de los primordiales modos para conservar la salud, anticipar y manejar dolencias. La nutrición adecuada y más específicamente la dieta de enfoques alimentación para detener la hipertensión se decreta como el modelo alimentario que abarca las exigencias vitamínicas y nutricionales propias, que logran adaptarse a las características del individuo a la que conduce y posibilita preservar una favorable salud y calidad de vida, proporcionando efectos defensores que reduce el peligro de dolencias.

La alimentación cardiosaludable debe abarcar las semejantes sugerencias de fuerza y nutrientes que una alimentación salubre teniendo como finalidad la conservación de un peso corporal apropiado.

En una alimentación cardiosaludable deben considerarse algunos elementos y nutrientes que van contrayendo beneficios exclusivos en estas dietas, puesto que igualmente de su validez nutricional notorio, manifiestan otros provechos suplementarios.

Son algunas vitaminas, minerales, ácidos grasos que unidos con otros elementos de la alimentación, otorga cierto cuidado a nivel cardiovascular. (OMCE, 2006)

-Valor Calórico Total: Las exigencias vigorizantes se pueden apreciar con la fórmula de la Organización de las Naciones Unidas para alimentación y la agricultura y Organización Mundial de la Salud. El valor calórico integro puede ir de mil ochocientos a dos mil calorías diarias en las mujeres y de dos mil quinientos a dos mil setecientas calorías los varones. (Cervera P., Padró L., 2005)

Se incorpora una tercera alternativa para dolientes que requieren disminuir de peso cuya contribución energética no debe ser mínima a mil quinientas kilocalorías diarias y estará conformada con los nutrientes convenientes; de esta manera no implicara un riesgo alguno para la salubridad. (Cervera P., et. al., 2004)

Los gráficos tipificados de la dieta de enfoques alimentación para detener la hipertensión, instaura una consumición energética integra de mil seiscientas calorías, dos mil calorías, dos mil, dos mil seiscientos y tres mil cien; en soporte a las sugerencias para cada conjunto de edad. (Mahan K.

et. al., 2009). Por lo que para el estudio dietético se tomó en importancia las recomendaciones de la dieta de enfoques alimentación para detener la hipertensión y las de la Organización de las Naciones Unidas para alimentación y la agricultura.

-Proteínas: 10-15%. (OMCE, 2006)

En la persona adulta, el requisito es únicamente de sostenimiento y será inferior con la edad cuando se lo represente en kilogramos de peso corporal.

En tanto que los requisitos simbolizan las obligaciones fisiológicas, las sugerencias son las proporciones de proteínas que se deben consumir con la dieta para que posteriormente de transitar los procedimientos de la deglución y uso se cumplan los requisitos. Por lo tanto, el tamaño de cantidad sugerida tiene que amoldarse a la calidad nutricional de las proteínas de las dietas empleadas por los habitantes para los cuales se hacen dichas sugerencias de deglución. (Palacios G., 2005)

-Grasas: 25 al 30%. (OMCE, 2006)

Los ácidos grasos poliinsaturados son iniciadores de las prostaglandinas cuyas labores perjudican la expulsión suprarrenal de sal y destensan los músculos vasculares. Por consiguiente es aceptable un resultado sobre la presión arterial. Investigaciones actuales han manifestado que complementos de óleo de pescado en una cantidad media de 3.7g diarios, pueden proveer una disminución medida de la presión

arterial sistólica y diastólica, sobre todo en los individuos mayores hipertensos. Las consecuencias secundarias del complemento de óleo de pescado son habituales y conciben incomodidades gastrointestinales y halitosis. Por este motivo y por el requerimiento de cantidades elevadas, el óleo de pescado no se aconseja asiduamente como un método para reducir la presión arterial. El prótido de la soya es otra causa que puede cooperar al declive de la presión arterial.

Se ha confirmado que una alimentación beneficiado con óleo de oliva facilita una disminución de 48% del requisito del tratamiento hipotensora. (Mahan K. et. al., 2009)

En cuanto a la relación de la grasa poliinsaturada/ saturada es de 0.7-1 (saturada inferior de 7% de las calorías completas y poliinsaturada hasta el 10% de las categorías completas). (Palacios G., 2005)

-Carbohidratos: 55 al 60%. (OMCE, 2006)

Se sugiere que la superior contribución de la dieta sea de carbohidratos compuestos, estos deben tapar entre el 50 al 65% de la energía completa. No se aconseja la deglución de comida que incluye calorías vacías porque puede cooperar a incremento de peso de modo que es un causante de peligro para el doliente hipertenso. (Palacios G., 2005)

-Sodio: Hasta 1500 mg. (OMS/OPS, 2006)

Asciende de manera inmediata a la presión arterial por lo cual es fundamental regular y reducir su dieta. En este rasgo es oportuno considerar que adicionalmente de sodio, hay otras fuentes de sal adherente a nuestro cuerpo por medio de componentes salados, agua, aditivos y conservantes empleados en la producción alimentaria (envasados, congelados, embutido, etc) compuestos añadidos a antídotos, y la sal incluido nativamente en los alimentos. (DPE, 2005)

Está comprobado que muchas veces la hipertensión se recupera con la limitación de sal, aunque se trata de una dolencia multifactorial. El nivel de limitación de sal dependerá de si la hipertensión es moderada o no, y de su probable vinculación con otra enfermedad. De este modo se le puede categorizar en: Dieta hiposódica estándar de mil quinientos a tres mil miligramos de sal diaria, dieta hiposódica estricta de seiscientos a mil miligramos de sal diaria y dieta hiposódica severa de doscientos a cuatrocientos miligramos de sal diaria. (Cervera P., et. al., 2004)

De acuerdo con la organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud sobre el sistema alimentario, nutrición y la precaución de las afecciones crónicas implantan que el límite de la ingestión de sodio en los habitantes ha de ser inferior a 5g diarios. (OMS/OPS, 2006)

Inferior de 2g debe corresponder al sodio empleado en el proceso de los alimentos, o agregada a la mesa; la proporción sobrante pertenece al

contenido inherente de sal en los alimentos. (MINSA, 2006). Por medio de esta limitación de sal en la alimentación, se procura aminorar la presión arterial sistólica entre 2 a 8 mmHg. (Cervera P., et. al., 2004)

La reducción de consumición alimentario de sal disminuye la presión arterial y sería probable que aminore fundamental el peligro vascular.(OMS/OPS, 2006)

Uno de las primordiales reclamos de los dolientes al doblarse a dietas hiposódicas es la variabilidad en la degustación de los alimentos, no obstante, diversos investigadores estipulan que la predilección por el sabor salado en los individuos hipertensos va reduciendo a través del tiempo, al deglutir alimentos disminuidos en sal y sazonar las preparaciones con condimentos naturales que les suministran gustillos diferentes. (Álvarez et.al., 2006). Por eso se sugiere emplear condimentos que aumenten el gusto de los alimentos, por ejemplo: el zumo de limón, ajo, cebolla, vinagre, romero, menta, perejil, albahaca, etc. (Cervera P., et. al., 2004)

La mayor investigación destinado a determinar la asociación entre ingestión de sodio y presión arterial, el intersalt añadió a más de diez mil individuos, en cincuenta y dos instituciones, en presión entre los veinticinco y cincuenta y cinchos años, comprobando que un incremento de 6 g se une de un elevación de las presiones sistólicas y diastólicas de 10 y 6 mmHg correspondientemente.

Por otra parte, el análisis CARDIAC, incorporo a más de siete mil personas, demostró que la relación entre la ingestión de sal y presión arterial elevada es característico en varones mientras que en mujeres se manifiesta posteriormente del climaterio, cuando la cantidad de hipertensión rebasa a la del varón. (Valdés G., 2009)

La constatación a la sal de los sujetos es variada. Algunos individuos hipertensos manifiestan una elevada reducción de la presión arterial en contestación a la ingestión de sal disminuida que otras. El vocablo hipertensión perceptiva al sodio ha sido empleado para reconocer a estos sujetos. El vocablo hipertensión fuerte al sodio se dirige a los sujetos hipertensos en los que la presión arterial no varía de manera importante al minorar la ingestión de sodio. Frecuentemente los sujetos más perceptivos a las consecuencias del sodio tienden de ser de raza negra, con sobrepeso y de edad media o avanzada, así como individuos con diabetes, dolencias renales graves o hipertensión. Actualmente no hay procedimientos efectivos para reconocer las personas perceptibles al sodio y distinguirlo de los fuertes al sodio. (Mahan K. et. al., 2009)

Escasamente se dialoga de las diversas rutinas nutricionales consideradas favorables en la regulación de esta dolencia. Por ellos, es necesario reconocerlo por completo, debido que resultara nuestro amigo en el momento de conservar un estado de salubridad adecuado. En base a lo anterior, se recomienda lo siguiente:

-Potasio: Hasta 4700 mg. (Mahan K. et. al., 2009)

Incrementa la anulaci3n de sal por la micci3n. Tambi3n beneficia la propagaci3n de los vasos sangu3neos, por lo que disminuye la presi3n arterial. Es decir, la sangre no realiza tanta energ3a frente a las paredes de la arterial, en vista de que manifiesta superior grosor. No es obligatoria la consumici3n de complementos de K; lo correcto es una nutrici3n fundamentada en frutas y verduras frescas, para lograr abarcar de esta manera las exigencias del cuerpo, y al mismo tiempo reducir la ingesti3n de alimentos acaudalados de sal. (DPE, 2005) Uno de los alimentos sugeridos actualmente por su gran porcentaje de K, es el apio el cual agranda los vasos renales, incrementa la medida de micci3n y tranquiliza el sistema nervioso por su incluido ft3lido. (MINSA, 2006). Resultados semejantes se le asigna al ajo, por sus peculiaridades vasodilatadoras a3adidas por aliina elemento que colabora a la reducci3n de presi3n sist3lica y diast3lica. (Vald3s G., 2009)

-Calcio: 1000 a 2000 mg/d3a. (Mahan K. et. al., 2009)

Su apropiada consumici3n puede lograr a disminuir el peligro de tener hipertensi3n arterial. Es fundamental confirmar la contribuci3n de este mineral a trav3s de l3cteos b3sicos o fortificados. (DPE, 2005)

Diversas investigaciones epidemiol3gicas han vinculado la disminuci3n de ingesti3n de Ca con el incremento de la hipertensi3n. Por otra parte el aumento citos3lico de Ca que se evidencia en algunas

personas hipertensas genera una mayúscula reactividad del musculo liso vascular con el consecuente incremento de fortaleza vascular e hipertensión.

Finalmente distintas investigaciones han puesto en prominencia la correlación entre hipertensiones perceptibles al sodio y Ca. El proceso fisiopatológico sugerido inicia de la complejidad renal para expulsar el sodio, teniendo como consecuencia un aumento de unos factores natriuréticos con efecto celulares semejantes a los de la ouabaina, teniendo como producto ultimo un aumento de los niveles de Ca citosólico.

-Magnesio: 350 mg/día. (Mahan K. et. al., 2009)

De la misma manera que el K, beneficia la expansión de los vasos sanguíneos. Los nutrientes que proporcionan este mineral son las semillas, frutos deshidratados, legumbres, cereales integrales y vegetales verdes. (DPE, 2005)

Valoración de la Nutrición

Es el principal avance en el procedimiento de la ayuda alimenticia. Su finalidad es determinar el estado de la nutrición empleando antecedentes sociales, antropométricos, dietéticos, de indagación física, de laboratorio, etc. Cabe indicar que la evaluación debe ser ejecutada por un dietista titulado, quien confeccionara su sensatez competente mediante el análisis de los datos extraídos, el cual dependerá de la condición de salubridad vigente del individuo o conjunto; de como la información se

vincula con productos característico; teniendo en cuenta de que se emplea un acompañamiento o examen sugerido. (Mahan K. et. al., 2009)

Valoración Antropométrica del Paciente Hipertenso

La antropometría por ser un proceso sencillo de uso, económico y no adverso ha sido usado generosamente en los fines de evaluación de la condición nutricional desde la perspectiva clínica y epidemiológica.

Las determinaciones antropométricas posibilitan percibir la condición nutricional de sujeto mediante la evaluación de distintos indicadores que nos anuncia de la condición vigente y de las variaciones que puedan realizarse en el sistema y composición anatómico.

Por lo tanto es importante iniciar el procedimiento de cuidado nutricional con apropiado dictamen puesto que el sobrepeso se relaciona con el elevado predominio de hipertensión arterial y con el incremento de peligro cardiovascular, mientras que la disminución de peso se asocia con la reducción de la presión arterial y de la insulina – resistencia, entre otras consecuencias favorables. El provecho de la presión arterial se obtiene con la reducción moderada de peso. Un declive de un 5 al 10% de peso corporal, mejora las comorbilidades del sobrepeso. (Nigro S. et. al., 2005)

Primordiales determinantes antropométricos para el análisis de la condición nutricional:

-Peso: El sobrepeso está vinculada en gran porcentaje a la hipertensión. (DPE, 2005). Por esta razón se recomienda preservar un peso apropiado con la finalidad de disminuir la presión arterial en dolientes con obesidad, logrando alcanzar utilidades sobre los factores de peligro vinculado. (Cervera P., et. al., 2004)

La investigación Framingham descubrió que un incremento de peso del 10% presume un aumento de al menos 7 mmHg en la presión arterial sistólica. Además se ha notado que por cada kilo de peso perdido se reduce en 0.33 mmHg la presión arterial sistólica y en 0.43 mmHg la presión arterial diastólica.

La disminución de peso del doliente hipertenso no debe ejecutarse con el consumo de fármacos que reduzcan o limiten el hambre puesto que estos fármacos incluyen narcóticos simpaticomimeticas como fenilpropanolaminas, las cuales tiene una probabilidad de generar un aumento en los valores de presión arterial. (Armas M. et. al., 2004)

-Índice de Masa Corporal: Para el análisis de peso de una persona adulta en relación con talla, se emplea la vinculación peso para la estatura de la cual existen diversos índices. Entre ellos el índice de masa corporal o el índice de Quetelet, es el más empleado por realizar en mayor porcentaje el requerimiento de estar elevadamente relacionado con el peso y ser neutral de la estatura y por existir una información muy extensa de su

correlación con morbilidad y defunción en personas de muy diferentes suministros geográfico, estructura social y conjunto de edad.

2.2.2. Marco Conceptual

Factores relacionados con el cumplimiento de la dieta en pacientes hipertensos

Características o rasgos comunes que comparten los individuos que tienen una misma enfermedad o el mismo proceso y que incrementan la posibilidad de padecer la enfermedad de fondo.

Dimensiones 1: Factores socioeconómicos.

Indicadores:

- Capacidad económica para comprar alimentos adecuados para su dieta
- Capacidad para comprar los cambios en la dieta recomendada
- Aspectos educacionales (conocer la información sobre el tratamiento de la HTA)
- Aspectos sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir tratamiento)

Dimensiones 2: Factores del sistema y equipo de salud.

Indicadores:

- Mala relación médico-paciente (capacidad de respuesta a las inquietudes y dificultades de la dieta que tiene el paciente e interés del médico por cumplir a lo recetado)
- Dificultades para el acceso al cuidado
- Dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención.

Dimensiones 3: Factores del paciente.

Indicadores:

- Conciencia de enfermedad
- Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud.
- Malas creencias sobre la dieta establecida
- Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad.

5.2 Justificación de la investigación

5.2.1 Social

La investigación beneficia a la población objetivo porque permite conocer los factores relacionados prevenibles al no desempeño de la dieta en los dolientes con hipertensión arterial, y sobre las cuales, posteriormente, se podrán ejecutar acciones de promoción y asistencia de instituciones para su ayuda correspondiente.

5.2.2 Teórica

Como existen pocos estudios peruanos que evalúen los factores relacionados al desempeño de la dieta en dolientes con hipertensión arterial, la investigación aportará datos originales sobre una de las enfermedades más prevalentes de nuestro medio, porque no sigue las prescripciones médicas dietética. Esta última medida, la más importante, para controlar la hipertensión arterial.

5.2.3 Metodológica

Metodológicamente, el tipo de estudio cuantitativa y de diseño observacional, descriptivo y transversal para lograr evidenciar la presencia de los factores relacionados considerados dentro de la investigación, situación que no se podría verificar si se realizara un estudio retrospectivo; la investigación es factible porque se tiene una población objetivo concentrada y de fácil ubicación, que no tiene mayores dificultades para

participar del estudio, así como, por su bajo costo fue completamente autofinanciada por el autor de la investigación.

5.3 Problema

5.3.1 Planteamiento del problema.

En los últimos decenios, se ha comprobado la evolución de cambios que se han producido en el elemento alimenticio, puesto que los modelos nutricionales convencionales han sido pausadamente sustituidos por una ingestión de prototipo occidental, que unido a la minoración paulatina del deporte, colabora a la manifestación de afecciones incurables no transferibles por ejemplo la hipertensión arterial, cuyo contenido será planteado en este estudio de análisis.

En países del primer mundo como en Estados Unidos, sesenta y seis millones de individuos son hipertensos. (Sanabria P., et. al., 2007)

En Latinoamérica, se encuentran aproximadamente el 30% de casos de defunciones, causados por la manifestación de esta dolencia. Según el MINSA, tres de cada diez peruanos la muestran. (MINSA, 2006)

Las probabilidades de experimentarla incrementan en el 60% de los individuos mayores de sesenta años, presentándose con más continuidad en los varones; sin embargo, mayores de esta edad, se aumenta el peligro en las mujeres. (Guerrero L., León A., 2010)

La alimentación es uno de los soportes importantes en el proceso de cura no farmacológico del hipertenso; sin embargo, la corriente dietética común es distanciándose de las sugerencias nutricionales recomendadas, asignándose a la inapropiada interrelación entre el nutricionista y el enfermo, desanimado, inadecuada transmisión de medios de comunicación, carencia de conocimientos y práctica del experto en los argumentos vinculados a la nutrición e ignorancia de los estados de salud que obstaculizan en la realidad social, cultural y económica de los pobladores, por lo tanto es indispensable iniciar recientes impulsos desde los establecimientos públicos y sociedades científicas. (MINSA, 2006)

En el Hospital Jorge Reategui Delgado, en el Consultorio de pacientes de enfermedades crónicas, a la entrevista con los pacientes, se pudo determinar que muchos de ellos incumplían sus dietas debido al desconocimiento de algunos y en otros porque no aceptan las dietas hiposódicas.

Sin embargo debe mencionarse la importancia de la dieta la misma que debe estar ligada a algunos aspectos como los nutrientes, los grupos de alimentos y los patrones dietéticos específicos.

Hay estudios clínicos que demuestran el alto riesgo de las personas que no siguen una adecuada dieta ni cumplen con los hábitos saludables, lo cual pone en riesgo su sistema cardio vascular

5.3.1 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, ¿2019?

5.4 Conceptuación y Operalización de las variables

5.4.1 Definición conceptual

Factor:

Dieta: -.....

Paciente hipertenso:

Variables

Variable 1

.....

Variable 2

.....

5.4.2 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES
Factores relacionados con el cumplimiento de la dieta en pacientes hipertensos	Características o rasgos comunes que comparten los individuos que tienen una misma enfermedad o el mismo proceso y que incrementan la posibilidad de padecer la enfermedad de fondo.	Factores socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad económica para comprar alimentos adecuados para su dieta - Capacidad para comprar los cambios en la dieta recomendada - Aspectos educacionales (conocer la información sobre el tratamiento de la HTA) - Aspectos sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir tratamiento)

		Factores del sistema y equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Mala relación médico-paciente (capacidad de respuesta a las inquietudes y dificultades de la dieta que tiene el paciente e interés del médico por cumplir a lo recetado) - Dificultades para el acceso al cuidado - Dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención.
		Factores del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Conciencia de enfermedad - Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud - Malas creencias sobre la dieta establecida - Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad.

5.5 Hipótesis

No necesita hipótesis por ser una investigación descriptiva

5.6 Objetivos

5.6.1 Objetivo general

Determinar los factores relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

5.6.2 Objetivos específicos

- a. Identificar los factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos.
- b. Conocer los factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos,
- c. Identificar los factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta.

6. Metodología

a. Tipo y Diseño de investigación

El método fue descriptivo y analítico, el cual permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y en un espacio para las variables originales e índices de los instrumentos. La presente investigación fue de tipo cuantitativo porque utilizó la recopilación de datos para describir la variable en estudio y el análisis estadístico. De nivel aplicativo, ya que optimiza, en base a los resultados, lo cual se determina los factores relacionados al cumplimiento de la dieta de los pacientes hipertensos. Fue observacional y descriptivo, porque es aquel diseño que rebusca especificar las propiedades importantes de personas.

O → M

Dónde:

M = Pacientes Hipertensos

O = Factores relacionados

b. Población y Muestra

Población

La población en análisis estuvo conformada por un total de 80 dolientes, que sean portadores de hipertensión y que han asistido a la consulta durante un mes aleatoriamente seleccionado, en el Hospital Jorge Reátegui Delgado de Piura durante el año 2019.

Muestra

Constituida por un total de 67 pacientes hipertensos. El tamaño de la muestra se calculó empleando la fórmula para poblaciones finitas, que tiene la expresión siguiente:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)d^2 + Z^2pq}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{80(1.96^2)(0.5)(0.5)}{(80 - 1)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = 67$$

Criterios de Inclusión

- Pacientes hipertensos que deseen participar voluntariamente en la investigación
- Pacientes hipertensos de cualquier edad

Criterios de Exclusión

- Pacientes hipertensos que presentaron problemas de comunicación.
Pacientes hipertensos con alguna alteración neurológica

c. Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recopilación de datos fue Entrevista: Método que permitió obtener información en base al cuestionario sobre cada uno de los pacientes hipertensos.

El instrumento a utilizado consta de 2 apartados de los cuales tenemos:

- 1.- Datos generales: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción.
- 2.- Factores relacionados al cumplimiento de dieta: de los cuales se presenta preguntas relacionadas con respecto a la dimensión factores socioeconómicos donde se realizó 4 interrogantes, como también la dimensión factores de equipo y sistema de salud donde se aplicó 3 preguntas y por último los factores de los pacientes donde se determinó 4 preguntas.

El instrumento utilizado fue un cuestionario con alternativas el cual fue tomado y modificado del estudio hecho por Florabel Janampa Auccasi de la Universidad Mayor de San Marcos en el año 2013

3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se realizó el siguiente procedimiento de la información:

- Elaboración y aprobación del proyecto de tesis.
- Elaborar el instrumento de la recolección de datos.
- Prueba de validez y confiabilidad al instrumento recolección de datos.
- Recolección de la información.
- Procesamiento de la información.

- Organización de la información en cuadros.
- Análisis e interpretación de la información.
- Elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Elaboración y presentación de la investigación.
- Sustentación de la investigación.

Sobre el análisis de la información, se empleó el software estadístico SPSS versión 23.0. Para el análisis de los datos, se empleó las tablas de frecuencia y el diagrama de barras.

7. Resultados

Tabla 1: Datos generales de pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

Datos Generales		N	%
Edad	Menor a 30 años	12	17.9
	De 30 años a más	55	82.1
	Total	67	100.0
Género	Masculino	42	62.7
	Femenino	25	37.3
	Total	67	100.0
Grado de Instrucción	Primaria	17	25.4
	Secundaria	36	53.7
	Superior	14	20.9
Estado Civil	Total	67	100.0
	Soltero	20	29.9
	Casado	37	55.2
	Divorciado	2	3.0
	Viudo	8	11.9
Total		67	100.0

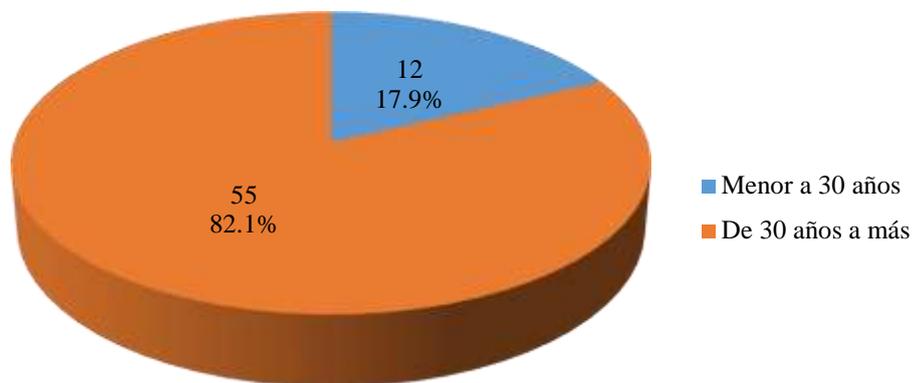


Figura 1: Grupo de edad de pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

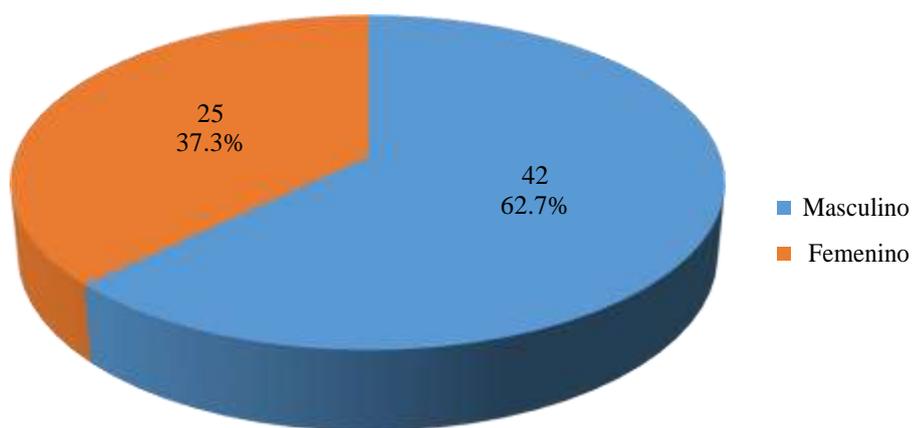


Figura 2: Género de pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

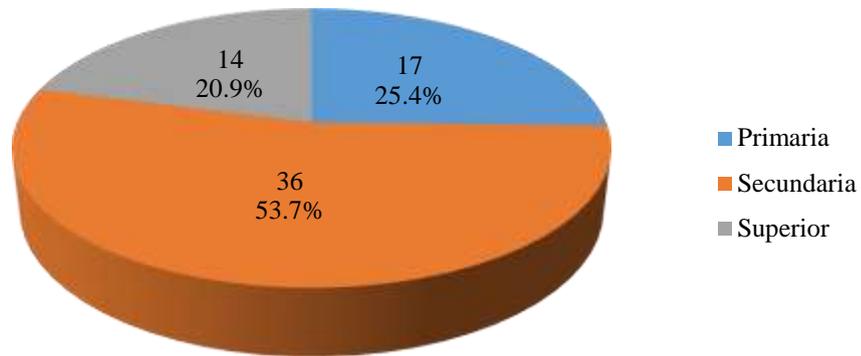


Figura 3: Grado de instrucción de pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

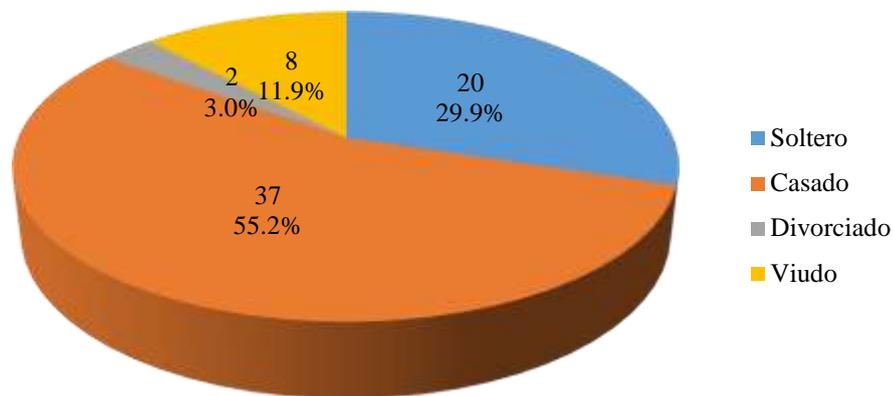


Figura 4: Estado civil de pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

Interpretación

Como se aprecia en la tabla 1, indican que el grupo de edad de los pacientes hipertensos fue de 30 años a más con un 82.1% (55), menor a 30 años con un 17.9% (12); con respecto al género del paciente tenemos que fueron masculino con un 62.7% (42) y femenino con un 37.3% (25); de acuerdo al grado de instrucción tenemos de nivel secundaria con un 53.7% (36), con nivel primaria con un 25.4% (17), con un nivel superior con un 20.9% (14); con respecto al estado civil tenemos casados con un 55.2% (37), solteros un 29.9% (20), viudos un 11.9% (8) y divorciado con un 3.0% (2).

Tabla 2: Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

Factores Socioeconómicos		N	%
Compra alimentos adecuados	Si	8	11.9
	No	59	88.1
	Total	67	100.0
Compra cambios de dieta recomendado	Si	26	38.8
	No	41	61.2
	Total	67	100.0
Aspectos educacionales	Si	34	50.7
	No	33	49.3
	Total	67	100.0
Aspectos sociales	Si	35	52.2
	No	32	47.8
	Total	67	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 2, nos indica que los factores socioeconómicos, el 88.1% (59) no compra de alimentos adecuados, el 61.2% (41) no comprar en cuanto le recomiendan una dieta distinta, el 50.7% (34) conocen de aspectos educacionales con respecto a la hipertensión arterial, el 52.2% (35) cuentan con el aspecto social.

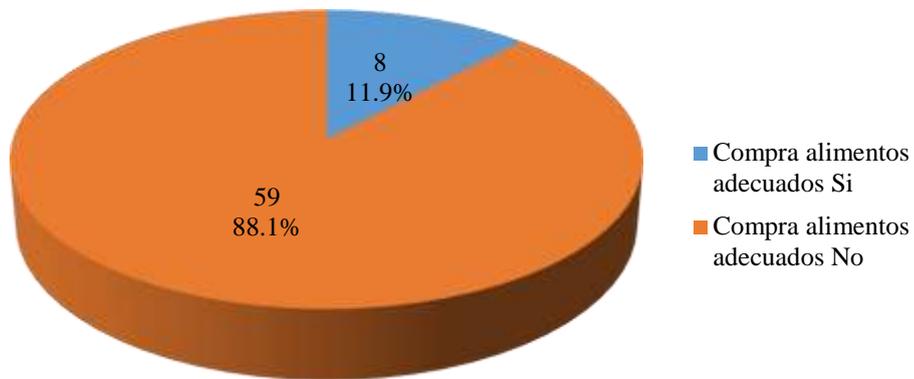


Figura 5: Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la compra de alimentos adecuados en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

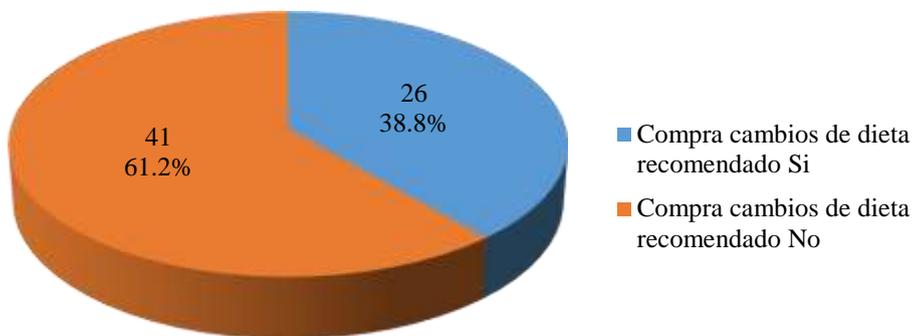


Figura 6: Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la compra de cambio de alimentos recomendados en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

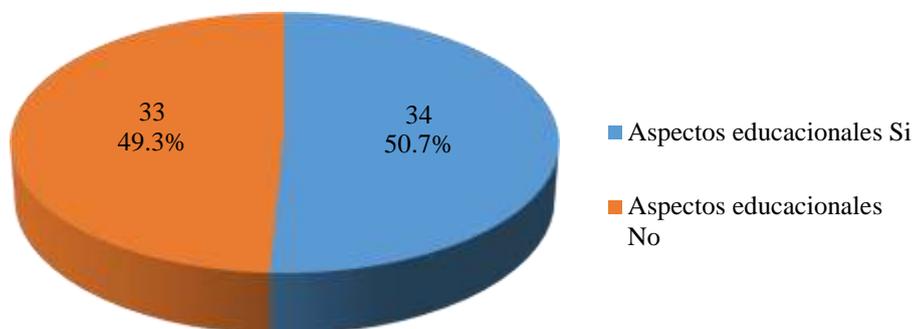


Figura 7: Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a los aspectos educativos en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

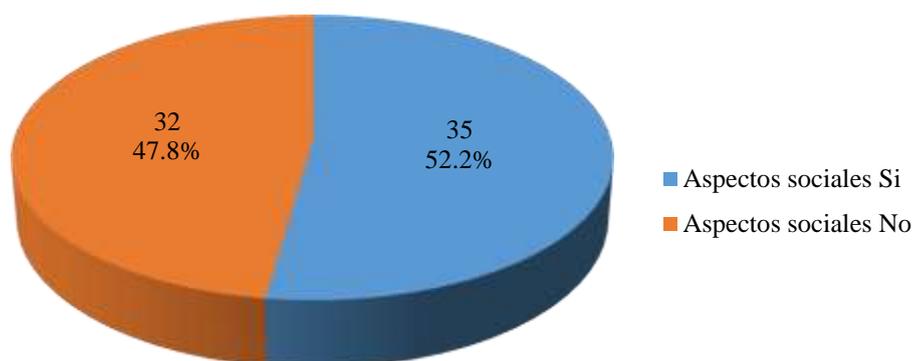


Figura 8: Factores socioeconómicos relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a los aspectos sociales en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

Tabla 3: Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

Factores del Sistema y equipo de salud		N	%
Mala relación médico - paciente	Si	28	41.8
	No	39	58.2
	Total	67	100.0
Dificultades para el acceso al cuidado	Si	24	35.8
	No	43	64.2
	Total	67	100.0
Dificultades del lugar de la atención	Si	31	46.3
	No	36	53.7
	Total	67	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 3, nos indica que los factores del sistema y equipo de salud, el 58.2% (39) no tiene mala relación con el médico, el 64.2% (43) no tiene dificultades para el acceso al cuidado, el 53.7% (36) no tiene dificultades del lugar de la atención.

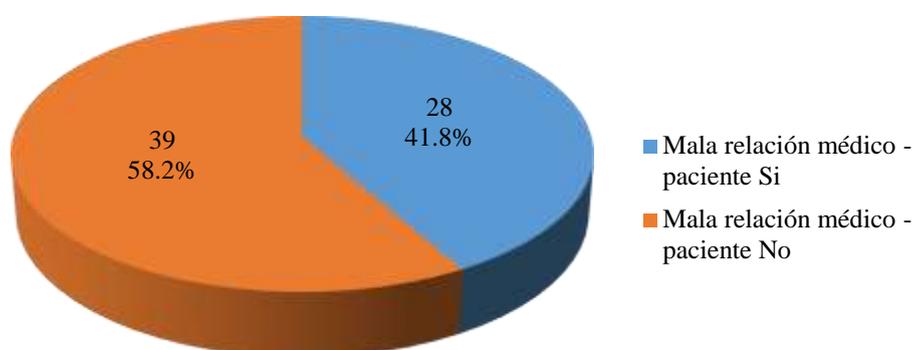


Figura 9: Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la mala relación médico y pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

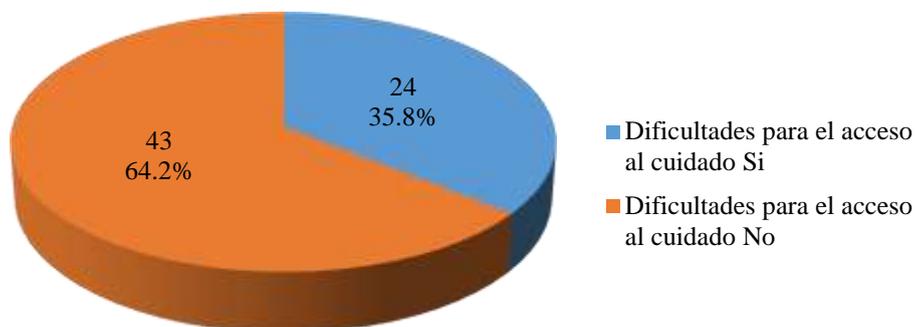


Figura 10: Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a las dificultades para el acceso al cuidado en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

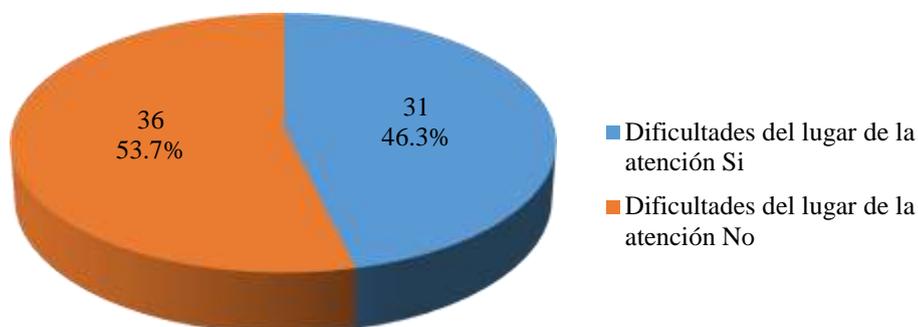


Figura 11: Factores del sistema y equipo de salud relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a las dificultades del lugar de la atención en pacientes hipertensos, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

Tabla 4. Factores del Paciente en las Dimensiones Conciencia de la Enfermedad, Conciencia de su rol, Malas creencias sobre dieta y baja capacidad de tolerancia. Hospital Jorge Reategui Delgado – 2019.

Factores del paciente		N	%
Conciencia de la enfermedad	Si	54	80.6
	No	13	19.4
	Total	67	100.0
Conciencia de su rol	Si	45	67.2
	No	22	32.8
	Total	67	100.0
Malas creencias sobre la dieta	Si	15	22.4
	No	52	77.6
	Total	67	100.0
Baja capacidad de tolerancia	Si	31	46.3
	No	36	53.7
	Total	67	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 4, nos indica que los factores del paciente, el 80.6% (54) tienen conciencia de la enfermedad que tienen, el 67.2% (45) tiene conciencia de su rol como paciente hipertenso, el 77.6% (52) no tienen malas creencias sobre la dieta, el 53.7% (36) no tienen baja capacidad de tolerancia.

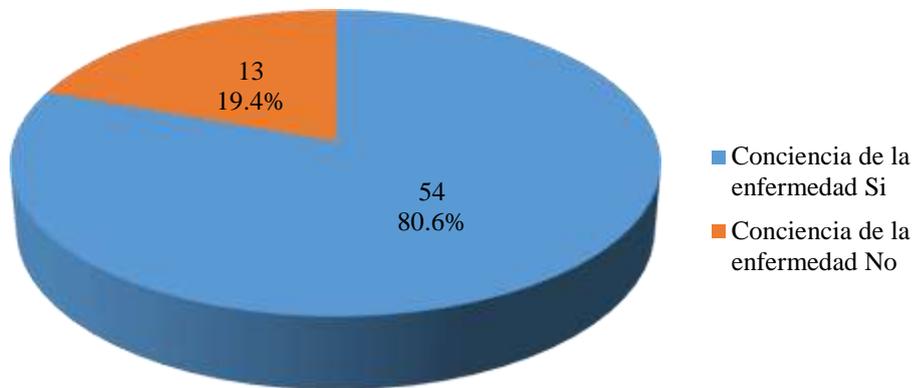


Figura 12: Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la conciencia de la enfermedad, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

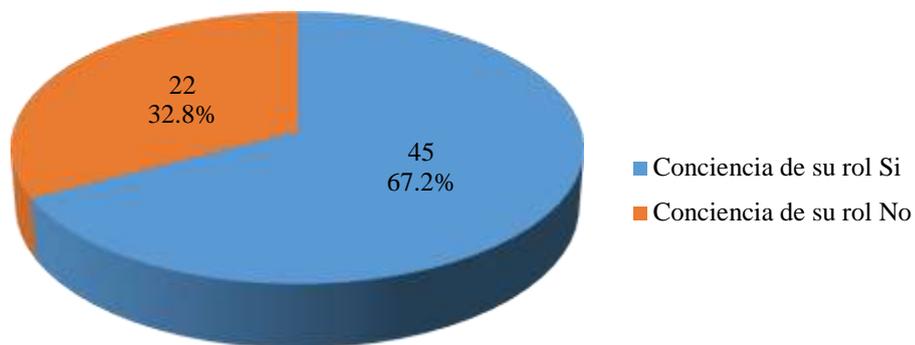


Figura 13: Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la conciencia de su rol, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

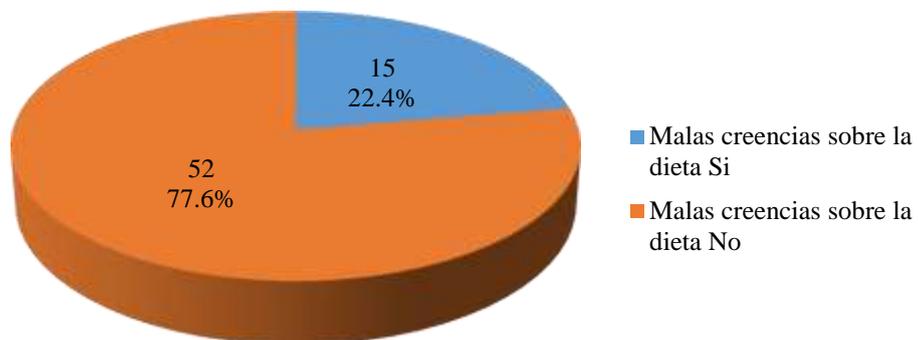


Figura 14: Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la malas creencias sobre la dieta, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

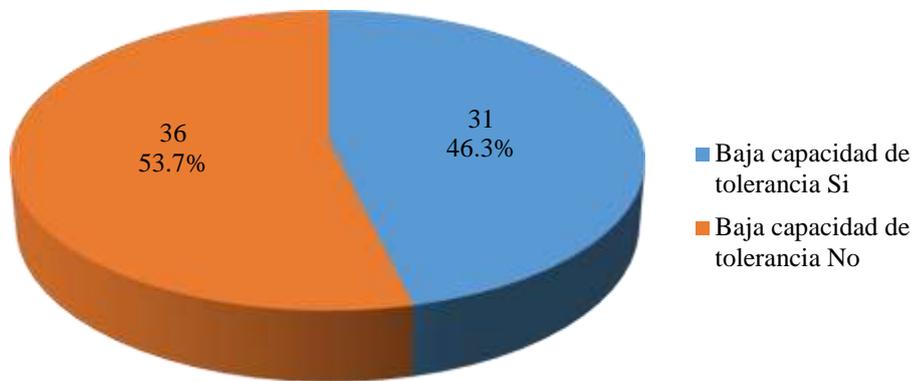


Figura 15: Factores del paciente relacionados al cumplimiento de dieta con respecto a la baja capacidad de tolerancia, Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, 2019.

Tabla 5. Relacion Genero – Factores que determinan el cumplimiento de la dieta en pacientes hipertensos en el hospital Jorge Reategui Delgado - 2019

Factores		Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Compra alimentos adecuados	Si	4	9.5	4	16.0	8	11.9
	No	38	90.5	21	84.0	59	88.1
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Compra cambios de dieta recomendado	Si	8	19.0	18	72.0	26	38.8
	No	34	81.0	7	28.0	41	61.2
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Aspectos educacionales	Si	14	33.3	20	80.0	34	50.7
	No	28	66.7	5	20.0	33	49.3
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Aspectos sociales	Si	15	35.7	20	80.0	35	52.2
	No	27	64.3	5	20.0	32	47.8

	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Mala relación médico - paciente	Si	11	26.2	17	68.0	28	41.8
	No	31	73.8	8	32.0	39	58.2
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Dificultades para el acceso al cuidado	Si	9	21.4	15	60.0	24	35.8
	No	33	78.6	10	40.0	43	64.2
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Dificultades del lugar de la atención	Si	12	28.6	19	76.0	31	46.3
	No	30	71.4	6	24.0	36	53.7
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Conciencia de la enfermedad	Si	32	76.2	22	88.0	54	80.6
	No	10	23.8	3	12.0	13	19.4
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Conciencia de su rol	Si	22	52.4	23	92.0	45	67.2
	No	20	47.6	2	8.0	22	32.8
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Malas creencias sobre la dieta	Si	5	11.9	10	40.0	15	22.4
	No	37	88.1	15	60.0	52	77.6
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0
Baja capacidad de tolerancia	Si	12	28.6	19	76.0	31	46.3
	No	30	71.4	6	24.0	36	53.7
	Total	42	100.0	25	100.0	67	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 5, nos indica que el género masculino no realiza la compra de alimentos adecuados con un 90.5% (38), también no realiza la compra de cambios en su dieta con un 81.0% (34), además no tiene mala relación con el médico tratante con un 73.8% (31), no tiene dificultades para el acceso al cuidado con un 78.6% (33), y por último no tiene malas creencias sobre la dieta con un 88.1% (37). Con respecto al género femenino si tiene aspectos educacionales y sociales con un 80.0% (20), pero si tiene dificultades del lugar de la atención con un 76.0% (19), con conciencia de la enfermedad y su rol con un 88.0% (22) y 92.0% (23) respectivamente, y por último tiene el 76.0% (19) baja capacidad de tolerancia.

8. Análisis y discusión

Según los resultados de mi investigación, en la tabla N° 1, indican que el grupo de edad de los dolientes hipertensos fue de 30 años a más con un 82.1% (55), menor a 30 años con un 17.9% (12); con respecto al género del paciente tenemos que fueron masculino con un 62.7% (42) y femenino con un 37.3% (25); de acuerdo al grado de instrucción tenemos de nivel secundaria con un 53.7% (36), con nivel primaria con un 25.4% (17), con un nivel superior con un 20.9% (14); con respecto al estado civil tenemos casados con un 55.2% (37), solteros un 29.9% (20), viudos un 11.9% (8) y divorciado con un 3.0% (2).

De acuerdo a los antecedentes tenemos que los resultados obtenidos son similares a los de Ferro R. y Maguiña V. (2012). Realizaron un estudio sobre los hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio. La muestra estuvo conformada por 320 estudiantes varones y mujeres de pregrado de las 6 áreas de estudio de la UNMSM: Concluyeron, que encontraron relación entre hábitos alimentarios e IMC en el total de estudiantes participantes de la UNMSM, pero si se encontró dentro de las áreas de Humanidades y Económico - Empresariales, y entre estudiantes mujeres.

También la investigación realizada por Montes de Oca A y Zambrano M. (2012). Realizaron un estudio para determinar la relación

entre hábitos alimentarios y su repercusión en el estado nutricional de personas de 30 a 50 años del personal que labora en el área administrativa de la Universidad Técnica de Manabí. Julio-Diciembre del 2012. Concluyeron que el grupo masculino presentó mayor prevalencia en sobrepeso, hipertensión y riesgo a síndrome metabólico, pero menor obesidad que el femenino, por lo que sugiere implementar estrategias para el control y prevención de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en la población estudiada

Con respecto a la tabla N° 2, nos indica que los factores socioeconómicos, el 88.1% (59) no compra de alimentos adecuados, el 61.2% (41) no comprar en cuanto le recomiendan una dieta distinta, el 50.7% (34) conocen de aspectos educacionales con respecto a la hipertensión arterial, el 52.2% (35) cuentan con el aspecto social.

En la tabla N° 3, nos indica que los factores del sistema y equipo de salud, el 58.2% (39) no tiene mala relación con el médico, el 64.2% (43) no tiene dificultades para el acceso al cuidado, el 53.7% (36) no tiene dificultades del lugar de la atención

Con respecto a la tabla N° 4, nos indica que los factores del paciente, el 80.6% (54) tienen conciencia de la enfermedad que tienen, el 67.2% (45) tiene conciencia de su rol como paciente hipertenso, el 77.6% (52) no tienen malas creencias sobre la dieta, el 53.7% (36) no tienen baja capacidad de tolerancia.

Con respecto a la tabla N° 5, nos indica que el género masculino no realiza la compra de alimentos adecuados con un 90.5% (38), también no realiza la compra de cambios en su dieta con un 81.0% (34), además no tiene mala relación con el médico tratante con un 73.8% (31), no tiene dificultades para el acceso al cuidado con un 78.6% (33), y por último no tiene malas creencias sobre la dieta con un 88.1% (37). Con respecto al género femenino si tiene aspectos educacionales y sociales con un 80.0% (20), pero si tiene dificultades del lugar de la atención con un 76.0% (19), con conciencia de la enfermedad y su rol con un 88.0% (22) y 92.0% (23) respectivamente, y por último tiene el 76.0% (19) baja capacidad de tolerancia.

9. Conclusiones y Recomendaciones

9.1. Conclusiones

Los pacientes hipertensos del Hospital Jorge Reátegui Delgado - Piura, durante el año 2019, predomina la edad de 30 años a más, de género masculino, con nivel de estudio secundaria y con estado civil casado.

Los pacientes hipertensos, durante el año 2019, no compran alimentos adecuados, no realizan los cambios de dietas recomendados, tienen aspectos educacionales y sociales.

Los pacientes hipertensos, durante el año 2019, no tienen mala relación médico – paciente, no tienen dificultades para el acceso al cuidado, y no tienen dificultades en el lugar de la atención.

Los pacientes hipertensos, durante el año 2019, si tienen conciencia de la enfermedad y su rol, no tienen malas creencias sobre la dieta, no tienen baja capacidad de tolerancia.

En conclusión los pacientes hipertensos durante el año 2019 tienen baja tolerancia respecto a los factores relacionados al cumplimiento de la dieta.

9.2. Recomendaciones

- a. Se recomienda hacer seguimiento con el servicio de asistencia social para asegurar la dotación de alimentos adecuados.
- b. Se sugiere al Hospital tomar las medidas necesarias para mejorar la relación medico/paciente, resolver el problema sobre la dificultad de adquirir una cita en el centro de atención y optimizar el acceso al cuidado.
- c. Se recomienda que los pacientes sean evaluados por un psicólogo con la finalidad que acepten la dieta como medida de prevención, evitar complicaciones y de esta formas aprender a sobre llevar la enfermedad.

10. Dedicatoria y Agradecimientos

Dedicatoria

La presente investigación está dedicado a mis padres, gracias por sus enseñanzas y al logro del objetivo; terminar mi informe final de tesis, así mismo a mis educadores, en constituirme en ejemplo de superación constante a nivel personal y profesional.

Agradecimiento

*A Dios por sobre todas las cosas; guía espiritual de
fortaleza en nuestra vida cotidiana y haber sido mi
hacedor del camino hasta ahora.*

11. Referencias Bibliográficas

- Álvarez I., Lara A., Navarro M. (2006) *Estilos de vida saludable y no saludable que tienen los y las trabajadoras del núcleo de procesos artesanales del instituto nacional de aprendizaje - Universidad de Costa Rica*. Revista Enfermería actual en Costa Rica.; Vol. 5 (5, 22): p. 4, 22.
- Armas M., Hernández R. (2004) *Tratamiento No Farmacológico de la Hipertensión Arterial*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://bibmed.ucla.edu>
u.ve/db/psm_ucla/edocs/BM2004/BM200403.pdf
- Cervera P, Clapés J, Rigolfas R. (2004) *Alimentación y Dietoterapia*. 4ª Edición. Colombia. McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U.; 175: 177: 290:288:300:64:89
- Cervera P, Padró L. (2005) *Actuación Integral en el Paciente con Riesgo Cardiovascular y Dislipémico*. Editorial Profármaco.2. España, p. 9
Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/clinica/2_paciente_con_riesgo_cv_y_dislip%C9mico_ii.pdf
- Dialnet. (2014) *Vida saludable, un estilo de vida mejorable*.
- DPE (2005) *Cocina Rica y Nutritiva para Hipertensos*. Montevideo, Rep. Oriental de Uruguay. Latinbooks International S.A.; 13:12: 20:9-11:21-22:25:65
- Esquivel V, Jiménez M. (2010) *Aspectos Nutricionales en la Prevención y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*; 42:44. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: [http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a08v19n1.p df](http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a08v19n1.pdf)

- Ferro R. y Maguiña V. (2012). *Relación entre hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio*. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición. Lima – Perú.
- Guerrero L.; León A. (2010) *Estilo de vida y salud* - Universidad de los Andes Venezuela. Enducere la revista Venezolana de Educación. Vol. 14 (6, 8)
- Janampa F. (2013) *Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Tesis. Perú: Universidad Mayor de San Marcos, Lima. Report No.: 38
- Laguado E., Gómez M. (2014) *Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia*. Revista Hacia la promoción de la salud. Vol. 19 (num. 1): p. 6,17.
- Liu W. (2012) *Estilo de vida*. In Universidad de San Carlos. Guatemala.
- Mahan K, Escott-Stump S. Krause (2009) *Dietoterapia*. 12^a Edición. España. Elsevier Masson.; 1250:871-873:397:866:390:395:399:398:383-384 :766:833:471
- Mataix J. (2008). *Tratado de Nutrición y Alimentación*. Edición Ampliada. España. Océano/ergon.; 1521:1013:1526; 1527
- Ministerio de Salud (2006) *Programa Nacional de Alimentación y Nutrición. Saber Alimentarse Manual de Capacitación en Alimentación y Nutrición para el Personal de Salud: Módulo 11. p. 6:1; 3 Módulo 1. p.11-25; Módulo 17. p. 1: 4.*
- Montes de Oca A y Zambrano M. (2012) *Hábitos alimentarios y su repercusión en el estado nutricional en personas de 30 a 50 años del personal que labora en el área administrativa de la Universidad Técnica de Manabí. Julio–diciembre del 2012*. Tesis de grado de Licenciado

en Nutrición y Dietética. Recuperado el 20 de Febrero del 2019:
<http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/1954>

Moore, R. (2000) *Solución Para la Hipertensión, Prevención y Cura Natural con el Factor K*. México, Ediciones Étoile S.A; p. 133

Nigro S. et. al. (2005) *Nutriguía Terapéutica Manual para el Diagnóstico y Tratamiento de las Patologías más frecuentes, con especial énfasis en el Aspecto Nutricional.*; p. 64. Recuperado el 20 de Febrero del 2019:
<http://www.nutriguia.com.uy/terapeutica/pdf/hipertension.pdf>

OMS/OPS. (2006) *Reducción del Consumo de Sal en la Población*, Informe de un Foro y una Reunión Técnica de la OMS del 5-7 de Octubre, París; 16; 13. Recuperado el 20 de Febrero del 2019:
<http://www.who.int/dietph ysicalactivity/salt-report-SP.pdf>

Organización Médica Colegial de España (2006) *Atención Primaria de Calidad, Guía de Buena Clínica para una Alimentación Cardiosaludable*. Editorial International Marketing & Communication S.A. Madrid, 12-14. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20ALIM%20CARDIOSALUDABLE.pdf#page=12>

Organización Mundial de la Salud. (2015) *Alimentación sana*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>.

Palacios G. (2005) *Nutrición Básica*. Cuenca - Ecuador, 2005. Págs.: 79:60:42:50:5:16:3:44:4

Rosique J. et al. (2011) *Estado Nutricional y Hábitos Alimentarios en Indígenas Embera de Colombia*. Revista chilena de nutrición Vol. 37, N°3, versión On-line ISSN 0717-7518

Sanabria P., González A.; Urrego Z. (2007) *Estilos de vida Saludable en profesionales de la salud Colombianos*. Revista Médica; Vol. 15 (2, 11).

Sánchez F. y De La Cruz F. (2011) *Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2011.

Valdés G. (2009) *Revista Chilena de Cardiología - Sal e Hipertensión Arterial*. Santiago. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071885602009000100013&script=sci_arttext

ANEXOS

- Instrumentos.

FACTORES RELACIONADOS AL CUMPLIMIENTO DE LA DIETA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO – 2019

Instrucciones: Marca con un aspa (X) en caso que corresponda.

1.- DATOS GENERALES

A.- Edad del paciente: _____

B.- Género del paciente: Masculino () Femenino ()

C.- Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria ()

Superior ()

D.- Estado Civil: Soltero () Casado()

Divorciado () Viudo ()

2.- FACTORES

A.- Factores Socioeconómicos

A.1.- Capacidad económica para comprar alimentos adecuados para su dieta

Si () No ()

A.2.- Capacidad para comprar los cambios en la dieta recomendada

Si () No ()

A.3.- Aspectos educacionales (conocer la información sobre el tratamiento de la HTA)

Si () No ()

A.4.- Aspectos sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir tratamiento)

Si ()

No ()

B.- Factores del Sistema y equipo de salud.

B.1.- Mala relación médico-paciente (capacidad de respuesta a las inquietudes y dificultades de la dieta que tiene el paciente e interés del médico por cumplir a lo recetado)

Si ()

No ()

B.2.- Dificultades para el acceso al cuidado

Si ()

No ()

B.3.- Dificultades del lugar o establecimiento donde se realiza la atención.

Si ()

No ()

C.- Factores del paciente

C.1.- Conciencia de enfermedad

Si ()

No ()

C.2.- Conciencia de su rol en el autocuidado de su salud

Si ()

No ()

C.3.- Malas creencias sobre la dieta establecida

Si ()

No ()

C.4.- Baja capacidad de tolerancia y resistencia a los efectos de la enfermedad.

Si ()

No ()