



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE
ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL
POLICLINICO DE ESSALUD EN EL DISTRITO DE CHOSICA.**

2012

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

AVILA HUERTA, GABRIELA MERCEDES

**LIMA - PERÚ
2015**

**ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE
ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL
POLICLINICO DE ESSALUD EN EL DISTRITO DE CHOSICA.**

2012

DEDICATORIA

A DIOS todopoderoso por darnos la fe y la sabiduría, guiándonos en todo momento, ayudándonos a seguir adelante con perseverancia y optimismo para lograr unas de nuestras metas y otorgándonos paz y alegría.

A mis padres por darme la vida, por darnos los valores que han hecho la mujer que soy por su amor, por apoyarme en todas las decisiones que he tomado y estar siempre que los necesite.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería Dra. Fernanda Gallegos de Bernaola, por haberme abierto las puertas y permitirme adquirir sabios conocimientos para mi formación académica.

Un agradecimiento especial a todos mis docentes por brindarme sus conocimientos y experiencias a lo largo de mis estudios

RESUMEN

La presente investigación titulada “Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012. Cuyo objetivo fue determinar los Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud. El estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, de nivel aplicativo, de corte transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario aplicado a toda la población de 123 pacientes, después de los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones.

Del total de la población, menos de la mitad fluctúan entre las edades de 61 a 70 años, son de género femenino, tienen estudios secundarios, son casados, y más de la mitad son cesantes (jubilados) A partir de los resultados obtenidos se puede afirmar que una mayoría de los pacientes en estudio cumplen con su tratamiento farmacológico. El sexo que predomina más es el femenino. Un gran porcentaje de los pacientes presenta el hábito de fumar, e ingieren bebidas alcohólicas. Menos de la cuarta parte de la población no realizan ninguna actividad física, y no mantienen una alimentación saludable, el comportamientos sedentarios se asocian a una mayor incidencia de hipertensión arterial. El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación a la alimentación, del total de la población, más de la mitad de ella consumen alimentos salados, dulces, y solo un cuarto de la población acostumbra consumir una dieta hiposódica e hipograsa. El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación a la adherencia al tratamiento, casi la totalidad de la población cumple con la dosis y la frecuencia del tratamiento farmacológico.

Palabras claves: hipertensión arterial, estilo de vida.

ABSTRACT

This research titled "Lifestyles of hypertensive patients attending the hypertension program at the polyclinic Essalud in the district of Chosica. 2012" whose aim was to determine the Lifestyles of hypertensive patients attending the hypertension program at the polyclinic Essalud. The study was quantitative, descriptive design level application, cross-section. It was used as an instrument a questionnaire applied to the entire population of 123 patients, after the results was reached the following conclusions.

Of the total population, less than half ranging from ages 61 to 70, are female, high school graduates, are married, and more than half are unemployed (retired) From the results it can be stated that a majority of patients do their study drug treatment. Sex is the most predominant feminine. A large percentage of patients are smoking, and drink alcohol. Less than a quarter of the population does not engage in any physical activity, and do not maintain a healthy diet, sedentary behaviors are associated with a higher incidence of hypertension. The lifestyle of hypertensive patients in relation to food, the total population, more than half of it consume salty foods, sweets, and only a quarter of the population usually consumed a low-sodium and low-fat diet. The lifestyle of hypertensive patients in relation to adherence to treatment, almost all of the population meets the dose and frequency of drug therapy.

Keywords: hypertension, lifestyle

INDICE

Pág.

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INDICE	
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS	
INTRODUCCIÓN	

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	14
2.3. Definición de términos	48
2.4. Variables	49
2.4.1. Definición conceptual de la variable	49
2.4.2. Definición operacional de la variable	49
2.4.3. Operacionalización de la variable	50

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	51
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	52

3.3. Población y muestra	52
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	53
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	53
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	53
CAPITULO IV: RESULTADOS	54
CAPITULO V: DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	Pág.
Tabla 1 Perfil de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012	55
Gráfico 1 Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012	56
Gráfico 2 Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la alimentación en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012	57
Gráfico 3 Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la actividad física en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012	58
Gráfico 4 Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación al consumo de sustancias psicoactivas en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012	59
Gráfico 5 Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la adherencia al tratamiento en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012	60

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial (HTA) es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de hipertensos, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial en el mundo. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias; 7,2 millones son por enfermedades circulatorias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, la hipertensión arterial está presente en casi todas ellas.

En una investigación llevada a cabo por la Sociedad Internacional de Hipertensión reveló que 7,6 millones de individuos de todo el mundo fallecieron en 2001 a causa de la hipertensión, lo cual indica que producen más de 20 mil muertes por día. Estas cifras que se han mantenido hasta la actualidad son realmente impactantes, sin embargo, aun no se han tomado medidas consolidadas para su correcta prevención.

La prevalencia de la HTA a nivel mundial varía, las más altas se encuentran fundamentalmente en los países del primer mundo, donde estas van desde un 26% en países como Canadá hasta un 55% en Alemania, en América Latina aunque la prevalencia es ligeramente inferior no se puede ignorar, encontrándose entre otras, un 19% en Jamaica, 28% en Paraguay y 37% en México.

La prevalencia de HTA en los Estados Unidos es un 50% mayor en los individuos de raza negra que en los individuos de raza blanca. En los individuos de raza negra la hipertensión aparece antes, es generalmente más grave.

La HTA afecta aproximadamente a mil millones de individuos en todo el mundo. Y el envejecimiento poblacional hace esperar un aumento de dicha cifra en los próximos años. Se ha estimado que la prevalencia de HTA entre adultos

españoles es de un 35%, llegando a un 68% entre mayores de 60 años, afectando a un total de unos 10 millones de sujetos adultos.

Pudiera parecer que la población general tiene conocimientos suficientes sobre la HTA como problema de salud. Sin embargo, el control de las cifras de tensión arterial (TA) es con frecuencia inadecuado. En términos generales, 8 de cada 10 pacientes hipertensos adultos que reciben tratamiento farmacológico, no están bien controlados y por tanto es evidente que hay una discordancia entre el potencial beneficio del control de la TA y la realidad. Hay varios factores que pueden explicar esta disociación, como la falta de adhesión al tratamiento farmacológico por parte del paciente.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: en él se hace referencia a los resultados obtenidos a través de un procesamiento de datos y se presentan en gráficos para su mejor comprensión

Capítulo V: se discuten los resultados confrontándolo con la literatura para luego dar las conclusiones y recomendaciones pertinentes y finalizar la presentación de las referencias bibliográficas y anexos

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Hipertensión Arterial (HTA), como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es decir, la HTA es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos orgánicos.

La hipertensión arterial constituye una de las enfermedades cardiovasculares de mayor incidencia en el ámbito mundial, que afecta principalmente a la población adulta, trayendo como consecuencias un incremento de la mortalidad e incapacidad (1)

La hipertensión arterial es una de las enfermedades más frecuentes en la actualidad. No obstante, se estima que el número de hipertensos sea superior al conocido. Ya que los pacientes se mantienen completamente asintomáticos durante años y tan solo se diagnostican a los que acuden a revisiones médicas periódicas. A pesar de que en los últimos años se ha producido una mejoría del control de la presión arterial, todavía más del

70% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo no controlan adecuadamente los niveles de la presión arterial. (2)

La hipertensión arterial sigue siendo una de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y ha sido conocido como un factor de riesgo importante en la mortalidad del adulto mayor.

Se estima que mundialmente existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial y que de los 15 millones de defunciones provocadas por enfermedades cardiovasculares, 7,2 millones son por enfermedad coronaria y 4,6 millones por accidente vascular encefálico, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo activo más común en la mayoría de ellas. La prevalencia de hipertensión arterial en la Región de las Américas oscila de 10 a 25% en la población adulta, aunque existen estudios que indican cifras mayores (3).

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial varía según grupo de edad. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26,2% y en mayores de 69 años a 36,3%, lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial, entre adultos de 60 a 69 años, corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva (4)

Sin lugar a dudas, la hipertensión arterial se encuentra distribuida indistintamente en todas las regiones del mundo y su prevalencia está asociada a factores de riesgo de orden económico, social, cultural, ambiental y étnico (5)

La hipertensión arterial está asociada a factores de riesgo porque entre el 90 a 95% de los casos de hipertensión arterial no tienen causa conocida, por lo que recibe el nombre de hipertensión arterial esencial o primaria (6) También existen factores genéticos o hereditarios. La posibilidad de desarrollar hipertensión es el doble si los padres son hipertensos que si los padres son normotensos. La hipertensión es considerada una enfermedad silenciosa que afecta a órganos diana tales como el corazón, los riñones o el cerebro (2)

Dentro de las medidas de prevención los programas de hipertensión arterial están orientados a proporcionar información sobre los cuidados a tener en cuenta en el hogar mediante actividades educativas diseñadas a ampliar el conocimiento del paciente, por sus efectos negativos sobre la salud; enfatizando en la modificación de los estilos de vida a través del control del peso corporal, incrementando la actividad física, disminuyendo el sedentarismo, el consumo de alcohol, sal, educación nutricional, proporcionando alimentos que favorezcan salud, eliminación del habito de fumar y las complicaciones al que está expuesto. (7)

En el Policlínico de EsSalud en Chosica se cuenta con el programa de hipertensión arterial allí reciben orientación y tratamiento para la hipertensión, al interrogar a los pacientes del programa de hipertensión refieren que “antes no le daba importancia el realizar ejercicios y consumir frutas y verduras”. Otros refirieron que “consumían mas carbohidratos, alimentos con exceso sal, y sobre todo no conocían acerca de la enfermedad, el tratamiento y el control que deben llevar”, “no tengo tiempo para realizar ejercicios”, “llevo una vida muy desordenada sobre todo en mi alimentación, “tengo sobrepeso”, “mayormente los alimentos que ingiero son frituras”, “como mucha hamburguesa de pollo y gaseosa” “el trabajo me estresa mucho”, llevo una vida muy sedentaria”, entre otras expresiones. No hay que olvidar que la hipertensión arterial repercute la calidad de vida y puede generar incapacidad laboral así como severas

complicaciones en el organismo, como infartos cerebrales insuficiencia renal y otros,

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la alimentación en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?
- ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la actividad física en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?
- ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación al consumo de sustancias psicoactivas en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?
- ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la adherencia al tratamiento en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

1.3.2. Problemas específicos

- Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la alimentación en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012
- Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la actividad física en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012
- Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación al consumo de sustancias psicoactivas en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012
- Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la adherencia al tratamiento en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las enfermedades crónicas han cobrado un mayor impacto en el perfil epidemiológico de América Latina, en el cual la HTA constituye uno de los

primeros lugares de morbimortalidad, con una tendencia a incrementarse. Alrededor del 5% de los pacientes desconocen que son hipertensos y un alto porcentaje se detecta fortuitamente, de ahí la importancia de realizar estudios en personas aparentemente sanas, ya que la HTA es asintomática.

El profesional de enfermería que labora en el programa de HTA, debe realizar actividades preventivas promocionales orientadas a fomentar la adopción de una cultura de prevención y estilos de vida saludable que contribuya a controlar la HTA y disminuir los riesgos a complicaciones.

La HTA afecta aproximadamente 1 billón de personas en el mundo. El 90% de individuos normotensos de 55 años tienen un riesgo del de desarrollar hipertensión. Así mismo la organización mundial de la salud (OMS) 2010 indica que la hipertensión arterial está asociada al incremento de sobrepeso y a nivel nacional el 15% - 20% de su población es hipertensa, con mayor prevalencia en la costa, en relación con la sierra y selva. La mayoría de las complicaciones que estos pacientes presentan son a causa de los Estilos de Vida inadecuados.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito conocer la realidad de los pacientes que padecen de hipertensión arterial, y así poder identificar, los Estilos de Vida que llevan los pacientes hipertensos orientándolos acerca del tratamiento médico, control de su presión arterial, actividades físicas, alimentación, consumo de tabaco.

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a los directivos de la institución, así como al equipo del programa de HTA, a fin de formular estrategias y actividades participativas, dirigido a los pacientes sobre la importancia del autocuidado de su enfermedad y los riesgos cardiovasculares mediante la

adopción los estilos de vida saludables destinado a mejorar la calidad de vida y con ello realizar mejoras en el programa.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

La primera limitación corresponde a los resultados los cuales solo serán aplicables a la institución en donde se realizara el proyecto

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

GUTIERREZ Jaramillo Javier en su estudio titulado “Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión arterial”. Colombia. 2006. El cual tuvo como objetivo determinar el tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida al manejar la HTA. El tratamiento no debe ser dirigido solo a normalizar las cifras tensionales, sino también a corregir todos los factores de riesgo. Cada tratamiento debe ser individualizado, escogiendo el grupo de medicamentos indicado para cada situación especial. Los betas bloqueadores son medicamentos de primera línea en el hipertenso con enfermedad coronaria. Se debe ser más estricto en bajar la presión arterial en el paciente diabético y tratarlo como prevención secundaria de enfermedad coronaria. En esta situación los IECA son medicamentos de primera línea. En el hipertenso con falla cardiaca siempre se debe considerar los betabloqueadores, los IECA y la Espironalactona. Llegando a las conclusiones

“La modificación de los estilos de vida, tales como la reducción de peso, los cambios en la dieta, el ejercicio, la disminución del consumo de alcohol, y el control de estrés, han resultado efectivo para reducir o normalizar la presión arterial en muchos pacientes. Sin embargo, aconsejar y lograr cambios en los estilos de vida no es tarea fácil, ya que estos constituyen un conjunto de comportamientos organizados, complejos y duraderos, altamente impregnados del entorno físico, psicosocial y cultural. El médico de familia por su proximidad al paciente hipertenso, el conocimiento de su entorno familiar y social se encuentran en un lugar privilegiado para desarrollar intervenciones desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a los hábitos cotidianos, las necesidades, las preferencias y los antecedentes particulares de cada individuo, con la esperanza, de elegir estrategias que atraigan la participación activa del paciente en el proceso de autocuidado, favorezcan la adherencia a los regímenes prescritos y permitan un esfuerzo continuo o periódico de los logros alcanzados”. (8)

JIMENEZ Ortega Ulises en su estudio titulado “Estilos de vida en pacientes hipertensos de un consultorio médico de familia”. Venezuela. 2005. Cuyo objetivo fue valorar el comportamiento de los estilos de vida en pacientes hipertensos leves y moderados del Consultorio Médico de Familia del Policlínico Marta Abreu. Se seleccionaron al azar 50 pacientes, se les aplicó una encuesta con variables como presencia de estrés, hábitos tóxicos, dieta, práctica de ejercicios físicos y cumplimiento del tratamiento medicamentoso; así como el índice de masa corporal según grupo de edades. Los resultados fueron mayor frecuencia en el grupo de los administrativos 32% y estudiantes 16%. En cuanto a los hábitos tóxicos en los pacientes hipertensos se observa que en la mayoría estos se encuentran presentes, presentándose con mayor frecuencia la ingestión de café con un 84%, hábito de fumar un 74% y la ingestión de alcohol 58%. Es de señalar que estos hábitos son repetitivos en la mayoría de los pacientes, se observa la menor frecuencia el consumo de drogas el 4%. Además presentan un consumo excesivo de sal y grasa animal para un 72% y 70% respectivamente, se observa con menor frecuencia la ingestión de grasa vegetal y vegetales más de 5

veces por semanas con un 30% y 20%. Se observa que a medida que la edad avanza existe mayor porcentaje de pacientes con un cumplimiento adecuado del tratamiento medicamentoso; reflejándose un mayor cumplimiento del tratamiento en el grupo de 49-58 años y en los pacientes de 59 y más con un 20% y 22% respectivamente, observándose un menor cumplimiento en los grupos de menor edad. Las conclusiones a las que se llegó fueron:

“Que se presentó el estrés con mayor frecuencia en el nivel ocupacional administrativo, los hábitos tóxicos más frecuentes fueron la ingestión de café, el hábito de fumar y el consumo de alcohol, se presentó un excesivo consumo de sal y grasa animal, la mayoría de los pacientes no realizan ejercicios físicos, a medida que aumenta la edad aumenta el índice de masa corporal y el cumplimiento del tratamiento medicamentoso”. (9)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

LINARES, Ingrid en su investigación titulado “estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor Hipertenso. Essalud hospital Nuevo Chimbote. 2007. El presente estudio de tipo descriptivo correlacional se realizó con la finalidad de establecer la relación entre el nivel de autocuidado y el estilo de vida del adulto mayor hipertenso. La muestra fue de 115 adultos mayores hipertensos, a quienes se les aplicó dos instrumentos para medir el estilo de vida y el nivel de autocuidado. Ambos instrumentos fueron garantizados en su confiabilidad y validez. Los datos fueron procesados en el software SPSS versión 14.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Se reporta como resultados que el 60.87% de los adultos mayores hipertensos presentan un estilo de vida favorable y un buen nivel de autocuidado, que el 39.13% de adultos mayores hipertensos tienen un estilo de vida desfavorable y un buen nivel de autocuidado. Llegando a la conclusión:

“Los adultos mayores hipertensos tienen un buen nivel de autocuidado, independiente a cual sea su estilo de vida”. (10)

GUERRERO Yactayo, Marleny en su estudio titulado “estilo de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el programa del adulto mayor del hospital Rezola-Cañete. 2010. El objetivo general de la presente investigación fue determinar el perfil de los estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el programa del adulto mayor del hospital Rezola-Cañete, utilizando una metodología del estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el programa, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, fue sometido a un juicio de expertos para determinar la validez y el coeficiente de Alfa de Cronbach. Llegando a la conclusión:

“Los estilos de vida en la alimentación es parcialmente saludable; consumen alimentos 3 veces al día, mayormente carbohidratos y proteínas, 3 vasos de agua al día, y en la casa; en descanso sueño es parcialmente saludable; permanecen frente al televisor 3 horas diarias, duermen 7 a 8 horas diarias y hacen siesta de ½ hora después de almorzar; en actividad física es saludable; realizan sus ejercicios diariamente, más de 3 horas a la semana, en las mañanas y consideran tener una actividad física muy activa; en control del estrés es parcialmente saludable; asisten siempre al Club del adulto mayor y participan en terapias de ejercicios de relajación; en adherencia al tratamiento es saludable; toman medicamentos como el captopril, enalapril, alodipino; asisten al programa de hipertensión continuamente, a las consultas y cumplen las recomendaciones dadas en el programa; y en hábitos nocivos es parcialmente saludable; no consumen bebidas alcohólicas, no consumen café y no fuman. (11)

SOTO Victor y otros, en su investigación sobre: “Factores determinantes del abandono del programa de hipertensión arterial, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. EsSalud,” Chiclayo. 2000. Cuyo objetivo fue determinar los factores determinantes por los que el paciente asegurado abandona el programa de hipertensión arterial. La población fue de 126 pacientes que abandonaron el programa por más de 6 meses y

250 controles. El instrumento fue una encuesta que se aplicó a domicilio. Las conclusiones a las que se llegó fueron:

“El conocimiento inadecuado sobre la hipertensión arterial fue el principal factor determinante del abandono del Programa de Hipertensión Arterial en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Es salud. Representando el 15.3% y la alterabilidad del estilo de vida 4.5%, no encontrándose asociación con el maltrato del profesional asistencial...” (12)

BORJAS Pezo, Hernán realizó un estudio titulado “Ejercicios terapéuticos como alternativa para el control no farmacológico de HTA en el Hospital Sergio E. Bernales” Lima. 2000. Cuyo objetivo fue determinar el nivel PA en los pacientes que realizan ejercicios terapéuticos como alternativa para el control no farmacológico de la HTA. El método fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 73 pacientes, El instrumento fue una encuesta. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los ejercicios de tipo dinámico contribuyen a la disminución de la Presión Arterial, en pacientes con cuadros de Hipertensión Leve, mejorando su calidad de vida. La aplicación de Programas de ejercicios terapéuticos en el control de HTA, disminuye el costo terapia-paciente y aumenta el beneficio social.” (13).

SOSA José y otros en su estudio sobre “Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas”, Perú. 2009. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los estilos de vida en tres comunidades. El estudio fue de corte transversal en las comunidades de Zarumilla, Tarata y Quillabamba en pobladores mayores de 25 años. La prevalencia de presión arterial elevada en la población estudiada fue más alta en la población en Zarumilla, siendo los valores menores en Tarata. La población de Tarata era una población que mayoritariamente se dedicaba a la agricultura y sus pobladores caminaban un promedio de 6 Km diarios. De la población encuestada el 35.3% tenía antecedente de haber sido diagnosticado de padecer de HTA, el 31.4% seguía

tratamiento antihipertensivo. No se encontró relación entre sexo y presión arterial alta. En el 14.9% de la población hipertensa se observó la presencia de Hipertensión sistólica aislada (HSA), El 81.8 % con HSA, eran mayores de 65 años. Antecedente de HTA familiar el 18.66%, 68.5% no fumaba y el 78 % tenía el hábito de fumar aunque ninguno de los encuestados fumaba más de 10 cigarrillos al día. El 39,47% de la población encuestada tomaba licor y el 37.25% de la población hipertensa, considerándose como bebedores sociales, el licor más consumido fue la cerveza, no se observaron diferencias entre el grupo de bebedores hipertensos y no hipertensos. Con relación a los hábitos alimentarios se observó que la población normotensa consumía con menor frecuencia carnes rojas y en cambio era mayoría ingesta de cereales, tubérculos y frutas. Las conclusiones a las que se llegó fueron:

“La prevalencia de presión arterial elevada en la población mayor de 25 años, de 22,38% en Zarumilla, 19,17% de Quillabamba, y 11.88% Tarata. El 35.3% de los encuestados hallados con cifras de presión arterial elevada tenían antecedentes de diagnóstico de HTA, solo el 31.4 seguía un tratamiento antihipertensivo. Se encontró una relación directa entre cifras de presión arterial e índices de masa corporal. Es necesaria la difusión permanente de estilos de vida saludables en la comunidad.” (14)

RAFAEL Arqueros Rufina y BERNEDO Juárez Silvia, en su estudio sobre “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007”. Perú. 2009. Cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida de los pacientes post operados de cirugía cardíaca antes y después de haber participado en el Programa de Rehabilitación Cardíaca. El método fue descriptivo longitudinal, la muestra estuvo conformada por 48 pacientes. La técnica fue la entrevista. El instrumento fue cuestionario. Las conclusiones fueron:

“El estilo de vida de los pacientes coronarios fueron modificados en relación al antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardíaca, así tenemos que del total de 48 pacientes coronarios que participaron en el programa de rehabilitación cardíaca antes un 91.7% ingería algún tipo de bebida alcohólica, un 70.8% fumaba y un 50% realizaba algún tipo de ejercicio físico los cuales después de su participación en el programa fueron modificados favorablemente correspondiéndoles un 100% no así en cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas, que aun persistía su consumo en un 27.01% delo mismo modo no se evidencia cambio significativo en la disciplina de toma de medicamentos y vida sexual”.(15)

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares ECV que por cualquier otra causa. (15) Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo (16); 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes vasculares cerebrales AVC. (16)

Las muertes por enfermedades cardiovasculares, afectan por igual a ambos géneros, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que para el 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, y seguirá siendo la principal causa de muerte. (17)

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la

inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos.

Las 9.4 millones y medio de muertes anuales, es decir, el 16,5% de las muertes anuales, son atribuibles a la hipertensión. Esto incluye el 51% de las muertes por accidentes vasculares cerebrales y el 45% de las muertes por cardiopatía coronaria. (18) Según las estadísticas recientes la tasa de mortalidad en los países desarrollados ha comenzado a disminuir pero esta mortalidad está aumentando en forma significativa en países de bajos y medianos ingresos, estando el 80% de la carga de estas enfermedades en dichos países. En el Perú, en el año 2004, de 635,500 muertes registradas en las estadísticas de la OMS, 113,000 fueron de causa cardiovascular, correspondiendo 39,700 a enfermedad isquémica, 30,200 a enfermedad cerebro vascular, 15,000 a enfermedad hipertensiva, 800 a enfermedades inflamatorias del corazón y 600 a enfermedad reumática. Conociendo las limitaciones de las estadísticas nacionales es muy probable que las cifras sean bastante mayores.

En el Perú, según el estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología, la prevalencia es de 23,7% en la población adulta. Existe hipertensión arterial en las tres regiones naturales del Perú, siendo su prevalencia de 27,3% en la costa, 20,4% en la sierra y 22,7% en la selva. (19)

Las causas más importantes de cardiopatía y AVC son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebro vascular.

Los efectos de las dietas malsanas y de la inactividad física pueden manifestarse por aumentos de la tensión arterial, el azúcar y las grasas de la sangre, sobrepeso u obesidad. Estos “factores de riesgo intermediarios” pueden medirse en los centros de atención primaria y señalan un aumento del riesgo de sufrir infarto de miocardio, ACV, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de ECV. El riesgo cardiovascular también se puede reducir mediante la prevención o el tratamiento de la hipertensión, la diabetes y la hiperlipidemia. (20) Una vez establecida la enfermedad queda el tratamiento de ella como una consecuencia inmediata, lo cual en el caso de las enfermedades cardiovasculares significa una gran carga económica para las entidades responsables del cuidado de la salud y, en última instancia, para los gobiernos. Lo lógico frente a este problema es la prevención de la aparición de estas enfermedades, por ello las políticas deben crear entornos propicios para elegir opciones saludables asequibles esenciales para motivar a las personas para que adopten y mantengan comportamientos saludables.

Hipertensión arterial

La Hipertensión Arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales. Una persona es hipertensa cuando se encuentran cifras tensionales por encima de 140-90 mmHg en tres tomas realizadas en diferentes días y/o en diferentes posiciones ya sea en decúbito dorsal o posición sentada, con intervalo de 5 minutos, tomando en

cuenta que previo a la toma el paciente debe tener un reposo mínimo de 15 minutos.(21)

Fisiopatología

La presión arterial alta es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas arteriolas que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta. La hipertensión puede afectar a la salud de cuatro maneras principales:

Endurecimiento de las arterias. La presión dentro de las arterias puede aumentar el grosor de los músculos que tapizan las paredes de las arterias. Este aumento del grosor hace más estrechas las arterias. Si un coagulo de sangre obstruye el flujo sanguíneo al corazón o al cerebro, puede producir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular.

Agrandamiento del corazón. La hipertensión obliga al corazón a trabajar con más intensidad. Como todo musculo muy usado, el corazón aumenta de tamaño. Cuanto más grande es el corazón, menos capaz es de mantener el flujo sanguíneo adecuado. Cuando esto sucede, uno se siente débil y cansado y no puede hacer ejercicio ni realizar actividades físicas. El corazón ha comenzado a fallar ante el esfuerzo.

Daño renal. La hipertensión prolongada puede dañar los riñones si las arterias que los riegan se ven afectadas.

Daño ocular. En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo,

ocasionando derrames. Este problema se denomina retinopatía y puede causar ceguera

Hipertensión primaria o esencial.- Entre estas tenemos:

Factores comportamentales

- **Tabaquismo:** El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA.
- **Alcohol:** El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD (Presión Arterial Sistólica) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana independiente del consumo semanal total. Se ha encontrado una asociación positiva entre la ingesta de alcohol y la presión sanguínea tanto sistólica como diastólica. Individuos que consumen 3 o más bebidas alcohólicas por día (una bebida estándar contiene aproximadamente 14 g de etanol y está definida como un vaso de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de mesa de 6 onzas o 1.5 onzas de licores destilados), presentan una elevación pequeña pero significativa de la presión sanguínea comparados con no bebedores. La contribución a la prevalencia de HTA atribuida al consumo de más de dos bebidas de alcohol por día se ha estimado en un 5-7%, siendo el efecto mayor en hombres que en mujeres.
- **Sedentarismo:** La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
- **Alimentarios y Nutricionales:** Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han

asociado a HTA. El riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta de sal. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder iatrogénico que incrementa los niveles de colesterol. Se ha encontrado asociación con consumo alto de ácidos grasos, colesterol y sodio y baja ingesta de potasio, magnesio, calcio y fibra.

- **Psicológicos y Sociales:** El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos).

Factores metabólicos

- **Sobrepeso y Obesidad:** El sobrepeso (IMC > de 25) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mm Hg y PAD de 1-3 mmHg. El perímetro abdominal 80 cm. en mujeres y 90 cm. en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia. Varios factores han asociado obesidad e HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardiaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.
- **Dislipidemias:** El aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.
- **Diabetes Mellitus:** La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.
- **Síndrome Metabólico:** Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal

(obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

- Antecedentes familiares de hipertensión.- Cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.
- Sexo.- La EC y la ECV de tipo arterioesclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en hombres. 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. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La HTA (hipertensión Arterial) y el ECV (Accidente Cerebro Vascular) hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.
- Edad y Raza. Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad. La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y

lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

Hipertensión secundaria: Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.
- Acromegalia, que es cuando la glandula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.
- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitarias.
- Embarazo
- Estenosis de la arteria renal
- Medicamentos (pastillas anticonceptivas, ciertos medicamentos para el resfriado, cortico esteroides, medicamentos para la migraña).

Clasificación

Normal Inferior a 120 Inferior a 80

Pre hipertensión 120-139 80-89

Hipertensión

Grado 1 140-159 90-99

Grado 2 160 o más 100 o mas

Síntomas

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan:

- Dolor torácico
- Confusión
- Vértigos, Mareos al levantarse o al cambiar de posición
- Adormecimiento de mitad del cuerpo.
- Zumbido o ruido en el oído
- Fatiga, Cansancio.
- Cefalea
- Taquicardias o aceleración de la frecuencia cardiaca
- Hemorragia nasal
- Ansiedad.
- Nauseas, Vómitos.
- Respiración entrecortada.
- Sudor excesivo.

Complicaciones

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial, dependiendo del tiempo de evolución.

El principal riesgo es el infarto de miocardio. Un hipertenso no tratado tiene, como media, 10 veces más riesgo de morir de infarto que un individuo con tensión normal. La hipertensión puede producir trombos o rupturas arteriales, pudiendo dar lugar a hemorragias, daño en las células nerviosas, pérdida de memoria o parálisis. (22)

El riñón también sufre las consecuencias de la hipertensión arterial y entre los pacientes hipertensos se produce insuficiencia renal con más frecuencia que entre los normotensos. Los pequeños vasos del fondo del ojo, también se ven amenazados

por la hipertensión, que favorece su rotura y las hemorragias, que puedan llevar incluso a la pérdida de la visión. Existen otras complicaciones tenemos:

Ateroesclerosis: Es una afección en la cual se deposita material graso a lo largo de las paredes de las arterias. Este material se vuelve más grueso, se endurece (forma depósitos de calcio) y puede finalmente bloquear las arterias. La ateroesclerosis es un tipo de arterioesclerosis, aunque los dos términos a menudo se utilizan para referirse a la misma cosa.

Insuficiencia cardíaca: Es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo. La insuficiencia cardíaca es una afección crónica y prolongada, aunque algunas veces se puede presentar repentinamente. La enfermedad puede afectar únicamente el lado derecho o el lado izquierdo del corazón y se denominan insuficiencia cardíaca derecha o izquierda respectivamente. Con mucha frecuencia, ambos lados del corazón resultan comprometidos. La insuficiencia cardíaca ocurre cuando se presentan los siguientes cambios:

- El miocardio no puede bombear o expulsar muy bien la sangre fuera del corazón y se denomina insuficiencia cardíaca sistólica.
- Los músculos del corazón están rígidos y no se llenan con sangre fácilmente. Esto se denomina insuficiencia cardíaca diastólica.

Pruebas

- El médico llevara a cabo un examen físico y revisara la presión arterial.

- Si la medición es alta, el médico puede pensar que uno padece hipertensión arterial. Por lo tanto, será necesario repetir las mediciones con el tiempo, de tal manera que se pueda confirmar el diagnóstico.

Exámenes

Se pueden hacer otros exámenes para buscar sangre en la orina o insuficiencia cardíaca. El médico buscará signos de complicaciones para el corazón, los riñones, los ojos y otros órganos en el cuerpo.

Exámenes de sangre.- El hematocrito es el porcentaje ocupado por glóbulos rojos del volumen total de la sangre. Los valores medios varían entre 42%-52% en los hombres, y 37%-47% en las mujeres. Estas cifras pueden cambiar de acuerdo a diversos factores fisiológicos, como la edad y la condición física del sujeto. Es una parte integral del hemograma, junto con la medición de la hemoglobina, y el conteo de leucocitos y plaquetas.

Ecocardiografía.- Es un examen que emplea ondas sonoras para crear una imagen en movimiento del corazón. Dicha imagen es mucho más detallada que una radiografía simple y no implica exposición a la radiación.

Electrocardiografía.- El electrocardiograma (ECG) es un estudio de rutina que se realiza para observar la actividad eléctrica del corazón. El electrocardiograma puede suministrar mucha información sobre el corazón y su funcionamiento. Con este estudio es posible averiguar más sobre el ritmo cardíaco, el tamaño y funcionamiento de las cavidades del corazón y el músculo cardíaco. El electrocardiograma de una persona sana presenta un trazado particular. Cuando se producen cambios en

ese trazado, el médico puede determinar si existe un problema. Por ejemplo, durante un ataque cardíaco, la actividad eléctrica del corazón cambia y ese cambio se registra en el ECG.

Análisis de orina.- Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.

Ecografía de los riñones.- Es un método muy avanzado que permite diagnosticar cálculos renales o cualquier otro tipo de enfermedad dentro de los riñones. Con esta técnica de ecografías avanzadas, puede ver en tiempo real todas las deficiencias que pudiere tener sus riñones, para prevenir complicaciones futuras; que con otras técnicas no se detectan.

La creatinina.-Es un compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina (que es un nutriente útil para los músculos). Es un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que usualmente es producida por el cuerpo en una tasa muy constante (dependiendo de la masa de los músculos), y normalmente filtrada por los riñones y excretada en la orina. La medición de la creatinina es la manera más simple de monitorizar la correcta función de los riñones.

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

La principal medida para mejorar el control de la hipertensión arterial es la adherencia al tratamiento. Esta se consigue con un paciente motivado es decir cuando el médico o personal de salud, logra la confianza y credibilidad suficiente para que los pacientes tomen la medicación prescrita y mantengan los Estilos de Vida Saludables

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de las cifras de presión arterial, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco y control de los factores de riesgo cardiovascular. (23)

Antihipertensivos de primera elección

Diuréticos tiazidicos

- **Hidroclorotiazida:** posee un efecto diurético y antihipertensor que actúa disminuyendo el volumen plasmático y del líquido extracelular. Se absorbe por vía oral la presencia de alimentos aumenta su absorción se elimina por vía renal. Y está contraindicado en pacientes con problemas renales, pacientes anuricos e hipersensibilidad a las tiazidas.

Diuréticos de ASA

- **Furosemida** que es un diurético muy efectivo, utilizado en tratamientos de: edemas como antihipertensor en crisis hipertensiva y su administración es por vía oral y parenteral.
- **Bloqueadores beta adrenérgicos:** Los más utilizados son: Atenolol Pindolol y Timolol, actúan bloqueando los efectos de la adrenalina, en hipertensión se usa combinado con otros medicamentos, angina de pecho prevención de infarto del miocardio.
- **Antagonistas de calcio:** Los más utilizados en el tratamiento de la hipertensión son: Amlodipina y Nifedipina que ayudan a prevenir la contracción de los vasos sanguíneos bloqueando la entrada del calcio dentro de sus células. Se absorbe por vía oral se metabolizan en el hígado y se elimina por vía renal.
- **Inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina IECA:** La angiotensina es una sustancia química que hace que los vasos sanguíneos se mantengan contraídos y entre estas tenemos:

Captopril.- es un antihipertensivo (agente que reduce la presión arterial) conocido como inhibidor de la ECA (enzima convertidora de la angiotensina). El Captopril controla la Presión Arterial Alta mediante la relajación de los vasos sanguíneos, pero no la cura. Los niveles elevados de presión arterial pueden dañar sus riñones y causar derrames cerebrales o insuficiencia cardiaca. El Captopril también sirve para el tratamiento de insuficiencias cardiacas (cuando el corazón no bombea con la suficiente fuerza) y de algunos trastornos renales.

Enalapril.- Actúa sobre el sistema renina-angiotensina aldosterona de forma competitiva específica y reversible. Se absorbe por vía oral su vida media es de 3 - 4 horas ejerce su acción a nivel gastrointestinal y hepática y se elimina por vía renal. Las reacciones adversas son: mareo, cefalea, astenia y fatiga. Esta medicación no se debe administrar en embarazadas, lactancia e hipersensibilidad a la Enalapril.

Antihipertensivos de segunda elección

Bloqueadores alfa adrenérgicos

Prazocina.- Es utilizado en el tratamiento de la hipertensión como droga de segunda elección y es un vasodilatador periférico que actúa sobre los vasos arteriales y venosos reduciendo la presión arterial sin producir taquicardia.

Antagonista alfa II adrenérgico:

Metildopa

Simpatolíticos:

Reserpina

Guanadrel

Vasodilatadores:

Hidralazina

Nitro prusiato de sodio

2.2.2. Programa de hipertensión arterial

El Programa de Prevención de Hipertensión Arterial fue creado para controlar la morbimortalidad por hipertensión arterial y sus complicaciones, surge como una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios. (24)

El programa tiene como objetivo general prevenir y controlar la hipertensión arterial para reducir su morbilidad y mortalidad, así como de otras enfermedades asociadas a esta. Dentro de este programa participan un equipo multidisciplinario de profesionales de salud en donde se realiza.

- Evaluación de Enfermería del Hipertenso.
- Seguimiento y confirmación de HTA: según esquema.
- Completar Historia Clínica.
- Solicitar pruebas analíticas (Hemograma, glicemia, creatinina, Ac. Úrico, Colesterol, Triglicéridos, TGO, TGP, Calcio, Fosforo, Orina Completa). ECG.
- Educación Sanitaria.
- Remitir a medico para evaluación.

Seguimiento y control del Paciente hipertenso.

HTA leve; según esquema 2.

HTA moderada y grave sin control consulta a medico.

HTA de cualquier grado controlada: visita programada con una periodicidad de 3 a 6 meses, en la que se tendrá en cuenta lo siguiente.

- Frecuencia cardiaca.
- Peso (en obesos).
- Tomar la tensión en dos ocasiones en el mismo brazo de control.
- Evaluar el cumplimiento terapéutico.
- Detectar efectos secundarios con una entrevista dirigida.
- Registrar el hábito tabáquico y el consumo de alcohol.
- Educación sanitaria.

2.2.3. Rol de la enfermera en el programa de hipertensión arterial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misión de la enfermera en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, a realizarlo dentro del contenido desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere de enfermeras que desarrollan y realicen funciones que se relacionan con el fomento y mantenimiento de la salud, así como de la prevención de la enfermedad. (25)

La Promoción de la Salud se enmarca dentro de una disciplina amplia que es, Salud Pública, esta, puede entenderse como una de las iniciativas organizadas por la sociedad, para proteger, promocionar y recuperar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y creencias dirigidas a la

mejoría de la salud de todas las personas, a través de acciones colectivas o sociales.

El rol profesional de la enfermería, es un servicio de ayuda específico a las personas, apoyado en las relaciones interpersonales enfermera/cliente y enfocado hacia la comprensión del ser humano en relación con su entorno, este rol es demandado por la sociedad y ofrecido de forma legítima únicamente por las enfermeras. (26)

Según Kynges y Lahdenpera (1999), la intervención de la enfermería resulta de gran importancia para conseguir un mayor conocimiento sobre la hipertensión arterial, sus consecuencias, modo de controlarla y adhesión al tratamiento. (27)

Los Profesionales de la enfermería son conscientes de las consecuencias de la prevención, la no adherencia y su costo elevado para el paciente, y la comunidad y el sistema de atención de salud. La hipertensión (HTA) es un problema de salud de primer orden y diversas sociedades científicas y grupos investigadores han establecido sus pautas de educación.

El paciente hipertenso por su propia patología se vuelve vulnerable, pierde el dominio de sí mismo, por ello surge la supervivencia emocional donde la enfermera proporciona la confianza necesaria para que la persona consiga modificar todos aquellos hábitos y convertirlos en saludables y a su vez controlar la HTA debido a que están muy familiarizados con frustraciones por los fracasos de la prevención y tratamiento, los malos resultados de salud y la insatisfacción del paciente que acompaña la adherencia de paciente.

El consejo internacional de enfermeras calcula que cerca de 12 millones de profesionales de la enfermería de todo el mundo con una comprensión adecuada de la dinámica de la adherencia y las técnicas para evaluar y vigilar los problemas de la no adherencia, la atención. Su presencia en todos los entornos de la atención de salud, su cercanía a las personas y su gran número combina para colocarse en posición de participar en las estrategias sostenidas para mejorar la prevención y adherencia terapéutica.

Las intervenciones de enfermería para multiplicar la adherencia y cambio de estilos de vida saludable deben basarse en enfoques innovadores que incluye la prescripción por estos profesionales, la participación del paciente en el auto cuidado, la evaluación y el monitoreo continuo de los regímenes de tratamiento. Con enfoques deben fomentar asociaciones terapéuticas entre paciente y personal de enfermería que sean respetuosos de las creencias y elecciones del paciente para determinar cuándo y cómo deben seguirse a los regímenes de tratamiento.

Dado que gran parte del tratamiento para los procesos crónico tienen lugar en el hogar entornos comunitarios, el personal de enfermería puede proporcionar un enlace mediante visitas a domicilio que faciliten la adherencia. Por medio del contacto sostenido, el personal de enfermería puede forjar una alianza terapéutica con los pacientes y sus familias y prestar apoyo constante para la toma de medicamentos recomendados.

Los cuidados de enfermería al paciente hipertenso son:

- Valorar los factores de estilo de vida que contribuyen a la elevación de la presión arterial.
- Valorar signos y síntomas que afectan a los órganos

- Registrar tensión arterial en ambos brazos y en diferentes posiciones.
- Administrar terapia farmacológica.
- Informar al paciente los niveles de presión arterial encontrados, señalando que esta puede ser controlada pero no curada.
- Educar a los pacientes a consumir una dieta hiposódica e hipograsa
- Incentivar a los usuarios a realizar actividad física por lo menos caminar 30 minutos.
- La evaluación del grado de adherencia al tratamiento mediante preguntas no amenazantes.
- Preguntar acerca de los efectos colaterales de la medicación y en su efecto sobre la calidad de vida del paciente.
- Educar a los pacientes en su enfermedad, la importancia de la adherencia, modo en como ayudara el tratamiento efectos colaterales posibles y cómo afrontarlos.
- Sugerir señales y recordatorios como los programas detallados, integrar los momentos de medicación con los hábitos, usa pastilleros y cronómetros, alarmas, localizadores, etc.
- Recompensar el comportamiento de adherencia, por ejemplo por medio de esquemas y gráficos que expongan la repercusión de la medicación sobre los marcadores de la enfermedad, es decir menor presión arterial, menor glicemia, menor carga lipídica, etc.
- Alentar al paciente para que cultive las relaciones con los profesionales de la salud y converse con los compañeros y miembros de la familia.
- Asegurar que se siguen los regímenes de tratamiento y administrar los medicamentos y demás tratamientos son algunos de las funciones clave en la enfermería.

Los profesionales de la enfermería tienen actitudes diversas que deben aprovecharse para mejorar la adherencia y el cambio de estilos de vida saludable en el resultado de su atención, por tanto los programas de educación continua para las enfermeras y los demás profesionales de salud pueden mejorar su competencia y su concientización sobre la importancia del manejo del paciente hipertenso en la atención de salud.

2.2.4. Estilos de vida

Es una forma de comportamiento que manifiesta una determinada cultura, pueblo, nación o diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aun haciéndolo mas particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida específico dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas, etc. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

El estilo de vida es una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad.

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc. (28).

Según Oficina Panamericana de la Salud (OPS), el término de estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre, las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puesto a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto no son fijas, si no q están sujeta a modificaciones. (29)

Walkers y otros investigadores en promoción de salud del programa de la Universidad del Norte de Illinois definieron en 1987 algunas clases de comportamientos que conforman un estilo de vida promotor de la salud y han construido un instrumento consecuente para evaluarlos en la población. Entre los estilos de vida tenemos los comportamientos de auto actualización, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés. (30)

Rodríguez Marín (1995) el análisis de los estilos de vida debe hacerse desde un modelo que considere al ser humano como punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos. El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento y, a su vez, sobre la integridad funcional de la persona. (31)

Por lo tanto el estudio de los estilos de vida en el paciente hipertenso adquiere un interés creciente, ya que son el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas que tienen un efecto importante en su salud, también son procesos sociales, hábitos, conductas de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

En el paciente hipertenso los estilos de vida saludable son: practicar ejercicio físico, constante durante largo tiempo, son el vehículo más adecuado para reventar principales patologías físicas (ateroesclerosis, hipertensión, etc.) y psicologías (ansiedad, agresividad y situaciones depresivas) que afectan a la sociedad. Tener una alimentación adecuada, se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga las sustancias nutritivas (ejemplo. Minerales, vitaminas, proteínas). Evitar el consumo del alcohol y drogas pues estas sustancias son una fuente de problemas sociales, laborales y de salud dando lugar a las adicciones y diferentes casos de cánceres, enfermedades del aparato

respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc.

No cabe duda que para continuar elevando la duración y calidad de vida de los pacientes hipertensos, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión y sus complicaciones. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no solo se concentra en el tratamiento y el control adecuados de los pacientes diagnosticados y con perfeccionar los métodos que conduzcan a descubrir quienes son aquellos que pueden estar afectando su plenitud vital por esta causa; tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable y con la realización por todos los factores de la comunidad de las acciones que favorezcan estas conductas.

Estilos de vida referente a la alimentación

La alimentación es sin duda, importante para el mantenimiento y preservación de la salud, pues el organismo necesita nutrientes para mantenerla estable y funcional, una mala alimentación o la carencia de nutrientes en el organismo un gran riesgo aparecer muchas enfermedades infectocontagiosas y crónica de generativa, como consecuencia de la disminución de las defensas del organismo ya que la mala nutrición tiene un efecto adverso sobre el sistema inmunitario. Durante la rehabilitación del paciente con la enfermedad es de suma importancia la alimentación, conformando por el tratamiento, ya que los alimentos favorecerán a la pronta eficaz recuperación del paciente, incrementando las defensas del organismo y recuperando los tejidos dañados que estén comprometidos de dicha enfermedad.

Nutrición adecuada. En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades

desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (ej., la diabetes, la caries dental). Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. O dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición (Hegsted, 2004). Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. (32)

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y los divertículos se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca.(33)

Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto

contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esto es, nuestra dieta para que sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados.(34)

Por último, la mayoría de la gente que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, algunas poblaciones especiales, como por ejemplo las mujeres embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes, que aunque se pueden proporcionar introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos.

Alimentos ricos en potasio: El potasio contrarresta al sodio, ayuda a eliminar el agua sobrante del organismo y reduce la presión arterial. Alimentos especialmente ricos en potasio son las lechugas, las patatas, los tomates, ajos calabacines. Otras plantas ricas en potasio serían verduras como las borrajas, los brócolis, las espinacas, los espárragos, los guisantes o frutas como los melocotones, los albaricoques, las uvas, los plátanos.

Alimentos ricos en calcio: El calcio protege al corazón, relaja las arterias y ayuda a mantener un equilibrio entre el sodio y el potasio. Los vegetales que poseen este mineral son aquellas verduras que presentan hojas de color verde oscuro, como las espinacas (Estas, sin embargo, no son recomendadas como fuentes de calcio, pues contienen oxalatos, que bloquean su absorción) el brócoli o las coles. Las legumbres contienen mucho calcio, tal como ocurre con las judías secas o la soja (frijoles,

habichuelas).Otros alimentos ricos en este mineral son los cereales integrales, especialmente la avena, o los frutos secos: las almendras. El mismo peso de almendras que de leche tiene más del doble de calcio. El higo seco, los quesos de soja son también particularmente ricos en calcio.

Alimentos ricos en vitamina C: Ayuda a rebajar la hipertensión. Especialmente útil en casos de hipertensión elevada. Entre los principales alimentos ricos en esta vitamina tenemos los pimientos. También son muy ricos los cítricos (naranja, limones, pomelos, etc.).Los escaramujos poseen el 7% de su peso en vitamina C, una cantidad muy grande comparada con el 0,05% de la naranja. Otros alimentos que contiene esta vitamina son: coliflores, rábanos, coles, espinacas, plátanos, manzanas, melones, sandias, zanahorias, pinas, peras, papayas, cebada, moras, guisantes, apio, fresas, uva, habas, achicorias, patatas, aguacate, chirimoya, granada, coco, etc.(35)

Alimentos ricos en ácidos grasos esenciales: Los ácidos grasos esenciales (ácidos omega-3 y omega-6) ayudan a reducir el nivel de colesterol, previenen la obstrucción de las arterias y facilitan el paso de la sangre. Para los que no desean realizar una dieta exclusivamente vegetal, resulta recomendable consumir pescado azul, un par de veces a la semana, como mínimo. Pescado como las sardinas, el atún, la caballa, el pez espada, el bacalao, el salmón, el rodaballo, los camarones, las truchas o los arenques. De igual manera los frutos secos: nueces, las almendras, los cacahuates, aceites como el de linaza, maíz, girasol.

Alimentos para bajar la presión arterial

Entre los principales alimentos que deberían estar presentes en la alimentación de los enfermos de hipertensión mencionaremos los siguientes:

- **El ajo.-** Tiene una sustancia que actúa como dilatador de los vasos sanguíneos, de este modo ayuda a reducir la presión arterial (1 o 2 dientes diarios). Las reducciones son muy significativas al cabo de dos o tres meses de comerlo.
- **El tomate.-** Contiene GABA (gamma aminoácidos butíricos), es un desintoxicante del organismo y previene la aparición de enfermedades y especialmente rebaja la presión arterial.
- **El apio.-** Es un diurético, elimina el colesterol malo por orina y heces, además de depurar el organismo y ayuda a perder peso. Es recomendable comer diariamente en las ensaladas.
- **Zanahoria.-** Su contenido de potasio ayuda a controlar la presión arterial alta, posee además beta caroteno, disminuye el riesgo de enfermedades cardíacas, el jugo de zanahoria controla además las funciones del riñón. Es aconsejable beber 240ml diarios de jugo de zanahoria y agua.
- **La col, el brócoli y las coles de Bruselas.-** Todas estas hortalizas de la familia de las crucíferas, constituyen estupendos antioxidantes que previenen la degeneración arterial y ayudan a reducir las enfermedades vasculares.

Minerales:

- **Sodio:** Estudios demuestran que pueden conseguirse reducciones tensionales en 5 o 10 mmhg, es decir un efecto similar al que se conseguiría con un diurético. Consumiendo sal menos de 4g/ día, evitando ingerir alimentos salados como: salazones, conservas, jamón, embutidos, evitar aperitivos salados: aceitunas, cacahuètes, almendras, patatas, etc.

- Calcio: Estudios epidemiológicos sugieren que una dieta rica en calcio podría prevenir la presencia de HTA. El hombre extrae el calcio básicamente de productos lácteos como: leche, yogurt y queso.
- Potasio: Existe datos que sugiere que una dieta pobre en potasio se asocia a unas tasas elevadas de HTA.

Fibras: Los carbohidratos no digeribles ingeridos en la dieta, podría reducir la PA en modo significativo. Su acción podría estar vincula a un cierto efecto diurético, una dieta rica en fibra supone un alto consumo de frutas frescas, verduras cereales y legumbres que son alimentos ricos en potasio y vitaminas, pobres en sodio.

Grasas saturadas: Existen datos que vinculan una dieta rica en grasas saturadas con un aumento significativo de las cifras de PA y con un empeoramiento del curso evolutivo de la HTA. Sustituir con los poli insaturados en la dieta de los hipertensos.

- Reducir la ingestión de grasa al 30% o menos de la ingestión energética total
- Ingestión de grasas saturadas por debajo de un tercio de la grasa total
- Ingestión de menos de 300 mg de colesterol diario, limitando las grasas animales mediante consumo de carne rojas.
- Grandes cantidades de ácidos grasos omega 3, como el pescado, pueden disminuir la tensión arterial.

Sustituir las grasas saturadas por grasas mono insaturadas y poli insaturadas de origen tanto vegetal como marino y en parte carbohidratos complejos. Las frutas, verduras y hortalizas tienen características comunes por su composición nutritiva, contienen fibra vegetal, son ricas relativamente ricas en vitaminas

hidrosolubles y sales minerales, por unidad de peso, su valor energético oscila entre moderado y muy pequeños, contienen glúcidos simples, apenas contienen proteínas y lípidos, el 80 a 90% es agua.

Los líquidos: Muchas enfermedades degenerativas relacionadas con la edad agravan la tendencia a la deshidratación en las personas mayores. Además la deshidratación es una complicación común de la enfermedad aguda. Los adultos necesitan alrededor de 30ml /kg de agua por día. No obstante, este nivel de ingesta puede ser insuficiente para satisfacer las necesidades de fluidos de los adultos.

Comer adecuadamente: Según Frank Ellen sugiere consumir varios tipos de alimentos al día, para que obtenga la energía, proteínas, vitaminas, minerales y fibra que necesita. Incluir muchos vegetales y frutas (Preferiblemente crudas) y granos integrales. Consumo moderado de grasas, colesterol, azúcares y sal, beber al menos ocho vasos (64 oz.) de agua al día y más. Tener a la mano alimentos que sean saludables, rápidos y fáciles de comer como frutas frescas, yogurt, pan integral, galletas para aquellas ocasiones en las que este apurado o en las que no se sienta con deseos de preparar una comida. Programar ir de compras de manera regular, de manera que no tenga que consumir comida rápida o chatarra solo porque tenga hambre. De igual forma limitar el consumo de azúcares refinados (azúcar blanca o morena, dulces, golosinas, etc.) (36)

Reducción de sodio en la dieta: Los alimentos tienen suficiente sal para las necesidades del organismo. El exceso favorece la Hipertensión Arterial porque retiene líquidos. Se aconseja cocinar con poca sal. Con una ingesta total de sal menor a 6g diarios, de

estos menos 2g deben corresponder a la sal utilizada durante el procesamiento de los alimentos o añadida en la mesa, la cantidad Restante (4g) corresponde al contenido intrínseco de sodio en los alimentos.

Reducción de peso: La pérdida de peso es la medida inicial más eficaz para bajar la tensión, sobre todo en los pacientes con sobrepeso. Reducir 4 o 5 Kg. produce ya descensos de PA. La obesidad se determina calculando el IMC (Índice de la Masa Corporal) y midiendo el perímetro de la cintura (obesidad abdominal). El IMC se calcula dividiendo el peso en kg por la talla

Índice de masa corporal (IMC)

Una de las combinaciones de variables antropométricas mas utilizadas es el índice de masa corporal IMC, se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. El perímetro de cintura es la medición de la circunferencia de la cintura. Permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva. Se mide en la línea media entre el reborde costal y la cresta iliaca. No debe superar los 95 cm. en hombres y 85 en mujeres; cualquier cifra por encima de las citadas indica obesidad abdominal y es un factor de riesgo cardiovascular independiente de la propia HTA. La reducción de peso previene el desarrollo de HTA reduce la PA en hipertensos con sobrepeso en aproximadamente 1mmHg de PAS y PAD por cada kg de peso perdido, disminuye las necesidades de medicación antihipertensiva en los hipertensos bajo tratamiento farmacológico

Estilos de vida referente a la actividad física

La actividad física se compone de todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas, va mas allá del deporte competitivo, ha señalado la Organización Mundial de la Salud. (37)

Se entiende por actividad física, a la energía que se consume por el movimiento, que las personas realizan en diferentes esferas de la vida. La promoción de la actividad física considera especialmente, la forma utilitaria y recreativa.

La actividad física utilitaria comprende a las actividades que se realizan en las diferentes esferas de la vida para cumplir con las obligaciones diarias e implican movimiento en las tareas del hogar, el centro laboral, la escuela, e incluye desplazamiento en transporte no motorizado.

La actividad física recreativa, se realiza en el tiempo libre, con fines de distracción y placer (pasear, bailar, jugar, correr entre otros). De otro lado la actividad física deportiva, se realizan a través de diferentes disciplinas deportivas y esta rígido por normas cuyo fin es la competencia. lo opuesto a la actividad física es el sedentarismo una forma de vida en la cual las personas tienen una nula practica de actividad físico.(38)

La actividad física durante la enfermedad es de suma importancia como terapia de tratamiento, el cual favorece fortalecer el sistema inmunológico y a la regeneración celular, la inactividad física y el sedentarismo son factores de riesgo.

Reposo, sueño, relajación y ejercicio

El reposo, el sueño y la terapia como el yoga, el biofeedback, la psicoterapia conductual, la meditación trascendental, etc. ayudan a reducir la PA tanto en normotensos como en hipertensos y son por tanto técnicas de uso recomendable en pacientes hipertensos sometidos a alto nivel de estrés psicofísico. También es un dato probado que el ejercicio físico ligero o moderado reduce las cifras tensionales, los ejercicios dinámicos son los único recomendables para los hipertensos como: la marcha, la carrera, etc. y deportes como: tenis, golf, etc.

Cada individuo debe realizar por lo menos 30 minutos de actividad física de moderada intensidad cada día: los cuales representan un gasto de 1500 calorías por semana, que equivale a caminar 15 Km. Semanales. Como la actividad física es acumulable, en un mismo día se puede dividir periodos de 10 minutos. (Organización Mundial de la Salud). (39)

Practicar ejercicio físico: Realizar una actividad física de modo regular (ej., dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan habitualmente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.

El ejercicio debe ser algo presente en la vida cotidiana del paciente hipertenso. En numerosas publicaciones han indicado los beneficios tanto fisiológicos como Psicológicos de una actividad física moderada no competitiva. El descenso en las cifras tensionales es ya evidente siempre en cuando la actividad física sea continuada, moderada y aeróbica.

La actividad física con participación de los grandes grupos musculares, con carácter rítmico, aeróbico y un periodo prolongado de 30 minutos. Mínimo de 15 minutos y máximo de 60 minutos. Que conlleve una frecuencia cardiaca entre el 50% - 90% de la frecuencia cardiaca máxima por lo que recordamos: $FC_{max} = 220 - \text{Edad en años}$ se debe comenzar con niveles mínimos de intensidad, duración y frecuencia para después progresar de forma semanal o quincenal hasta ajustarse a las recomendaciones. Las personas mayores deben combinar ejercicio aeróbico, de flexibilidad (ejercicios de movilidad articular) y de fuerza (ejercicio con carga o contra resistencia. con una frecuencia entre 3 – 6 días a la semana Los ejercicios deben ser de tipo dinámico (aeróbico) como: andar rápido, nadar, montar en bicicleta móvil o estática, bailar, etc.

Estilos de vida referente a hábitos de consumo de Sustancias adictivas

- **Hábitos de consumo de tabaco:** Están demostrados los efectos perniciosos del tabaco sobre la pared vascular como factor de riesgo independiente, sus efectos nocivos sobre la HTA. El análisis de los datos demostró que la incidencia es de 2 a 3 veces mayor en los eventos cerebro vascular y coronario en los grupos fumadores frente a los no fumadores. La organización mundial de la salud (OMS) señala que el tabaco

es causa de mortalidad evitable más importante en el mundo. Que el consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muerte al año y que tiene además repercusiones sociales y económicas muy importantes. De acuerdo con datos de la OMS, se estima que actualmente hay cerca de 1100 millones de fumadores alrededor de todo el mundo; de ellos 300 millones viven en países desarrollados y el resto son ciudadanos de países en desarrollo. (40)

La evidencia científica que indica el tabaquismo provoca aumento en la frecuencia e enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular es indiscutible, por causa de la disminución de la defensa del organismo así la degeneración de los órganos. El consumo de tabaco, denominados factores de riesgo, facilita el desarrollo de la enfermedad como consecuencia de la inmunodeficiencia; este hábito incrementa hasta 1000 veces la posibilidad de padecer la tuberculosis con respecto a las personas normales. El consumo de tabaco durante la enfermedad justifica por lo tanto la dificultad de la recuperación de la salud y el agravamiento de la enfermedad.

Hábitos de consumo de alcohol y drogas: Desde años se conoce la relación desfavorable existente entre consumo de alcohol y HTA. Sin embargo. Pequeñas cantidades incluso sería beneficiosas para regular la PA. Está demostrado que cesar el régimen alcohólico mejora el pronóstico de los pacientes hipertensos, reduciendo además las cifras de PA. El consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematuras, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Varios estudios han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de

problemas físicos, mentales y sociales. Se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros de alcohol. Entre los problemas más notorios están la psicosis alcohólica, el síndrome de abstinencia alcohólica, la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; así mismo, la toxicidad por etanol y por metanol. Sin duda el alcohol y drogas determinan la disminución de las defensas del organismo, lo que predispone a desarrollar enfermedades infecciosas y/o degenerativas con suma facilidad.

Evitar el consumo de drogas. Uno de los tres problemas que más preocupa a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares, etc. (Schukitt, 2000) (41)

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- **Estilos de vida del paciente:** Son las respuestas expresadas por el paciente que asiste al programa de HTA respecto a los cambios de conducta en su régimen alimentario, actividad física y consumos de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y droga). El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en saludable y no saludable.
- **Programa de hipertensión arterial:** Son todas las actividades que realiza el profesional de enfermería orientado a fomentar la adopción estilos de vida saludable que contribuyan a controlar la HTA y disminuir el riesgo de complicaciones.

2.4. VARIABLE

Univariable = Estilo de vida de los pacientes hipertensos

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares (Vives, 2007)

2.4.2. Definición operacional de la variable

Son las acciones, hábitos y/o comportamientos que refieren practicar diariamente los pacientes hipertensos que acuden al programa en su cotidianeidad pudiendo ser estos saludables o no saludables

2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Estilo de vida de los pacientes hipertensos	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="475 613 683 645">▪ Alimentación <li data-bbox="475 853 708 884">▪ Actividad física <li data-bbox="475 987 751 1055">▪ Consumo de sust. Psicoactivas <li data-bbox="475 1122 695 1189">▪ Adherencia al tratamiento 	<p data-bbox="831 488 1390 757"> Ingesta de líquidos. Consumo de alimentos salados. Consumo de dulces. Consumo de verduras y frutas. Consumo de carnes rojas. Horario en las comidas. Consumo de dietas hipo sódica, hipograsa </p> <p data-bbox="831 797 1257 909"> Realización de ejercicios Práctica de deportes Actividad físico bajo supervisión </p> <p data-bbox="831 949 1273 1061"> Fumar cigarrillo o tabaco. Consumo de bebidas alcohólicas. Consumo de drogas </p> <p data-bbox="831 1102 1062 1169"> Frecuencia, dosis Horario </p>

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El presente estudio fue de tipo cuantitativo ya que los datos se expresan en valor numérico, de diseño descriptivo, de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para modificarlo, de corte transversal ya que la información se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

Para Hernández, Fernández y Baptista (2003) las investigaciones descriptivas consisten en describir eventos que buscan especificar las propiedades, como se manifiestan, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes de lo que se quiere investigar

Para Sampiere refiere que los trabajos con enfoque cuantitativo, utilizan estadística para presentar los resultados. De nivel aplicativo ya que plantea resolver el problema. De tipo no experimental. Según Kelinger refiere que los trabajos de tipo no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de la variable independiente debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentes no manipulables. De diseño descriptivo ya que solo describe la variable no la manipula la estudia tal como se presenta

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizara en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica en el programa de hipertensión arterial, localizado en consultorios externos del área de cardiología. El programa de hipertensión arterial empezó a funcionar en Mayo del 2009, a cargo de una enfermera y dos médicos cardiólogos, la atención es de lunes a viernes en el horario de 08:00am – 6:00pm. Todos los pacientes son atendidos gratuitamente, para la inscripción solo se tiene que presentar su DNI tanto para las consultas como para las sesiones educativas acerca de su enfermedad, ellos pueden asistir con un familiar si lo desean.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del policlínico de Essalud los cuales son 123 usuarios.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por la totalidad de la población (123) adscrita al Programa de Hipertensión Arterial del policlínico de Essalud.

Criterios de inclusión son:

Pacientes inscritos en el programa de HTA.

Pacientes que aceptan participar en el estudio

Criterios de exclusión son

Pacientes que no aceptan participar en el estudio

Pacientes que no asisten al programa de HTA.

3.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario el cual consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a juicio de 8 expertos, para luego procesar los resultados en la tabla de concordancia y prueba binomial. Posterior a ello se realizara la validez del instrumento mediante el coeficiente de Pearson y la confiabilidad mediante la prueba de Kuder Richarson

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Previo a la recolección de datos se realizo el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del Policlínico de Essalud solicitando la autorización. Luego de ello se llevo a cabo las coordinaciones pertinentes a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos, considerando un promedio de 30 minutos para la aplicación del instrumento. Posterior a la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el programa de Excel, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz.

CAPITULO IV RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados con el programa SPSS 12 y en forma manual con el programa Excel de tal forma, que se presenta en cuadros estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta la tabla del perfil de los pacientes que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del policlínico de Essalud y los gráficos de acuerdo al objetivo general y los objetivos específicos. En el análisis de los resultados se realizo en base a los 123 pacientes.

Tabla 1

Perfil de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

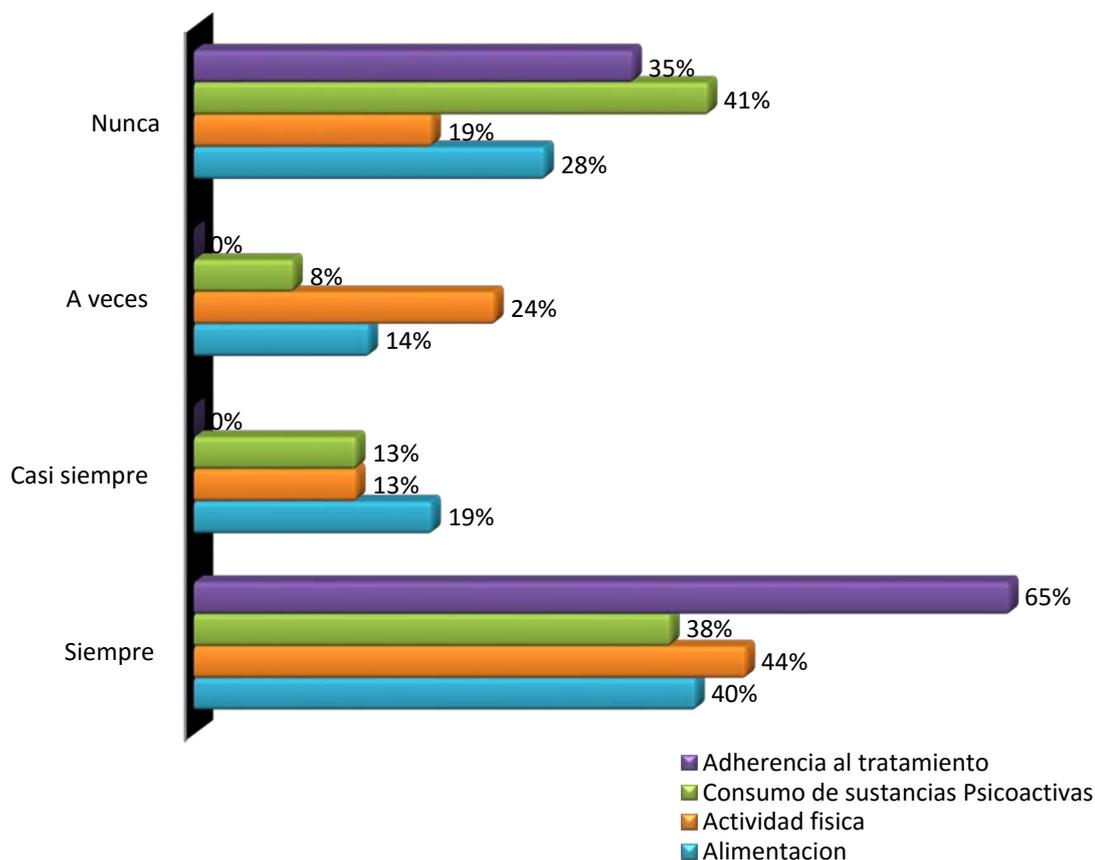
Perfil	Pacientes HTA	
	f	%
Edad		
30 a 40	23	19%
41 a 50	34	28%
50 a 60	16	13%
61 a 70	37	30%
71 a 80	13	10%
Total	123	100%
Genero		
Femenino	72	59%
Masculino	51	41%
Total	123	100%
Grado de Instrucción		
Analfabeto	3	2%
Primaria	8	7%
Secundaria	64	52%
Superior Univ	14	11%
Superior Tecnico	34	28%
Total	123	100%
Estado Civil		
Soltero	19	15%
Casado	59	48%
Viudo	8	7%
Conviviente	37	30%
Total	123	100%
Condición Laboral		
Independiente	16	13%
Dependiente	32	26%
Ama de casa	14	11%
Cesante	61	50%
Total	123	100%

Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

Del 100% de la población, el 30% fluctúan entre las edades de 61 a 70 años, el 59% son de género femenino, el 52% tienen estudios secundarios, el 48% son casados, el 50% son cesantes (jubilados)

Gráfico 1

Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

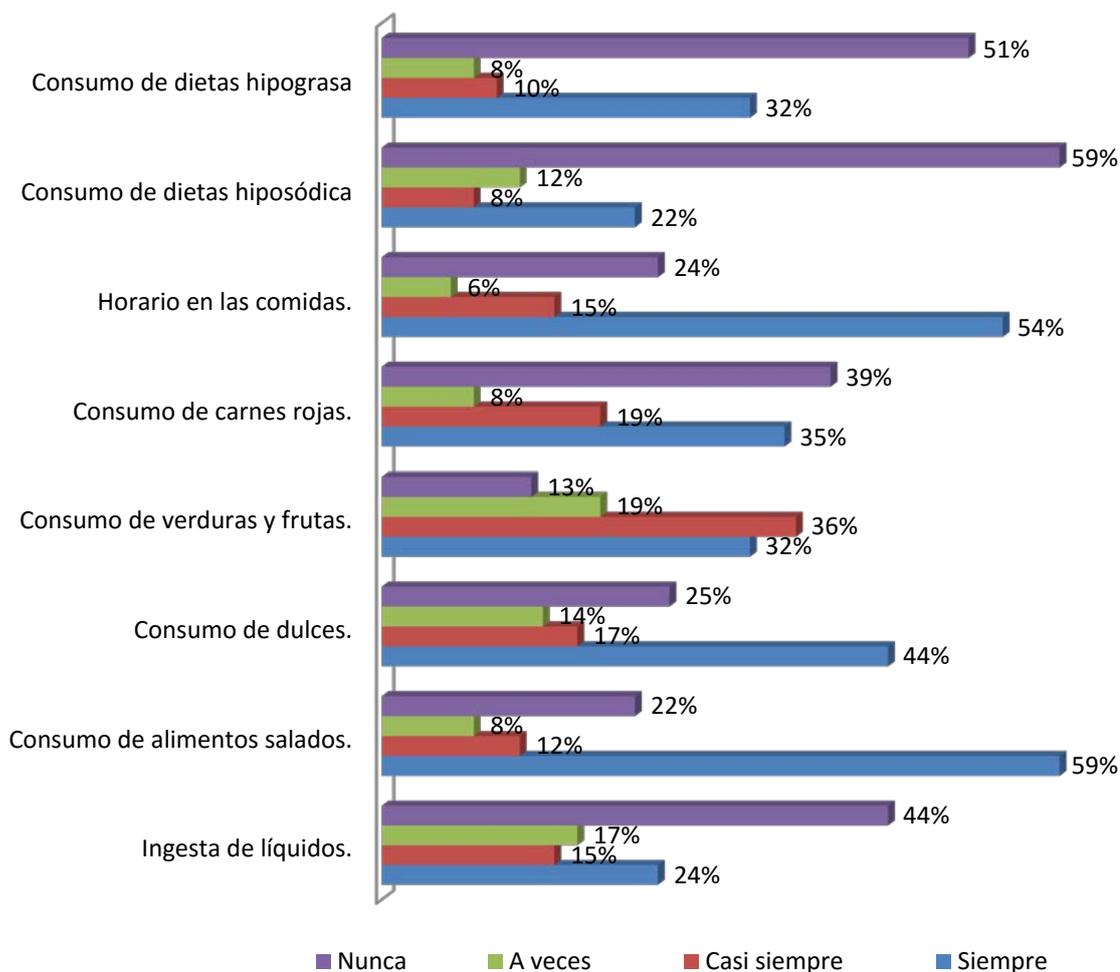


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

Del 100% de la población el estilo de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud del distrito de Chosica, el 65% muestra adherencia al tratamiento, el 38% consumen sustancias psicoactivas, el 44% realiza actividad física, el 40% mantiene una buena alimentación en tanto, el 35% muestra una total negativa al tratamiento, el 41% nunca han consumido sustancias psicoactivas, el 19% no realizan ninguna actividad física, el 40% no mantiene una alimentación saludable.

Gráfico 2

Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la alimentación en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

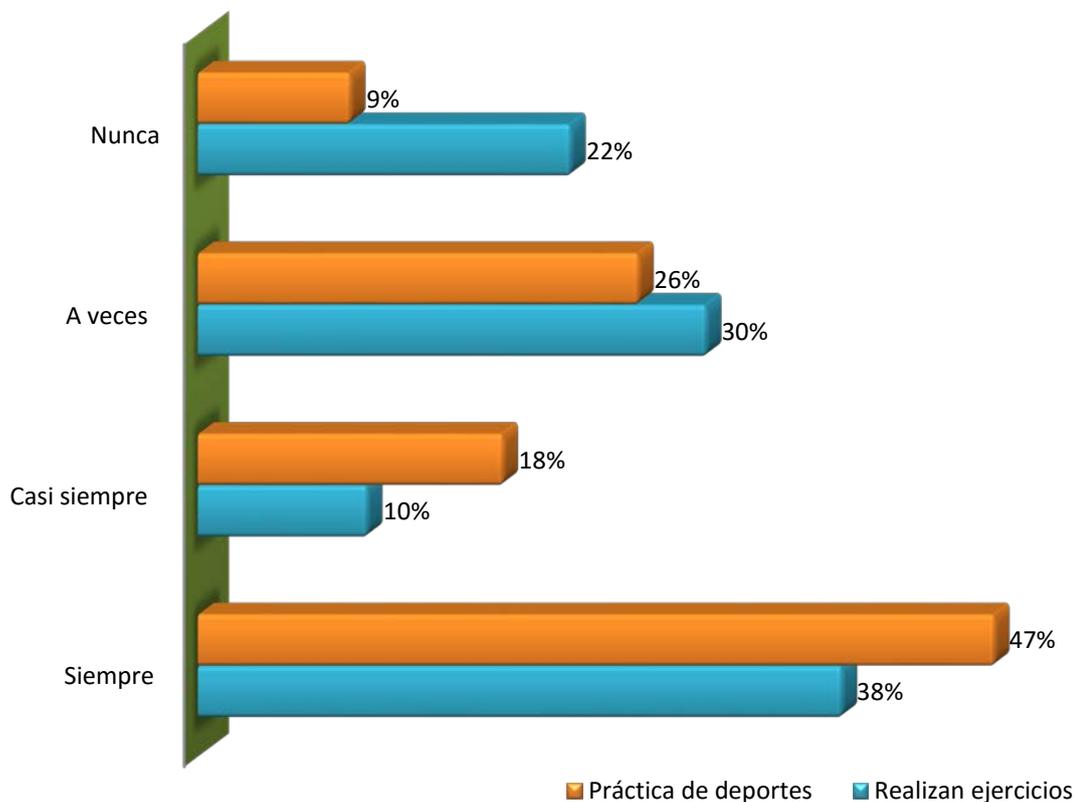


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación a la alimentación en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica, del 100% de la población, el 24% tiene una buena ingesta de líquidos, el 59% consumen alimentos salados, el 44% consumen dulces, el 36% casi siempre consumen verduras y frutas, el 39% nunca consumen carnes rojas, el 22% acostumbra consumir una dieta hiposódica y el 32% hipograsa.

Gráfico 3

Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la actividad física en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

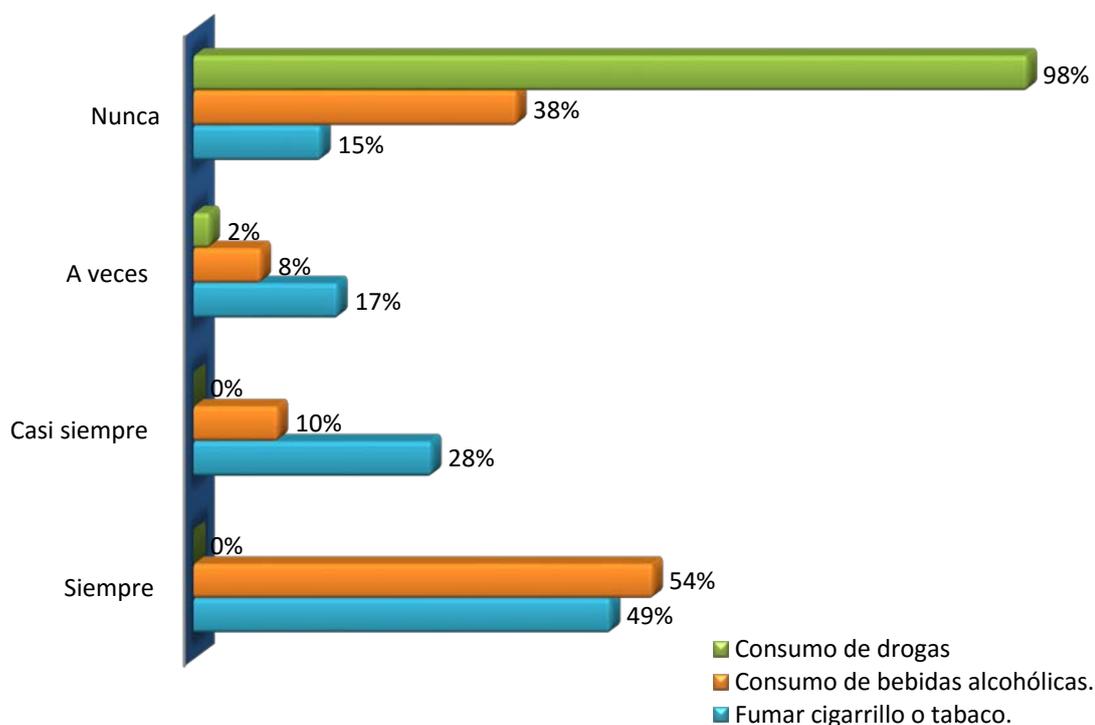


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación a la actividad física del policlínico de Essalud en el distrito de Chosica, del 100% de la población, el 47% siempre practican deportes, el 10% casi siempre, el 30% a veces, el 22% nunca practican deportes.

Gráfico 4

Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación al consumo de sustancias psicoactivas en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

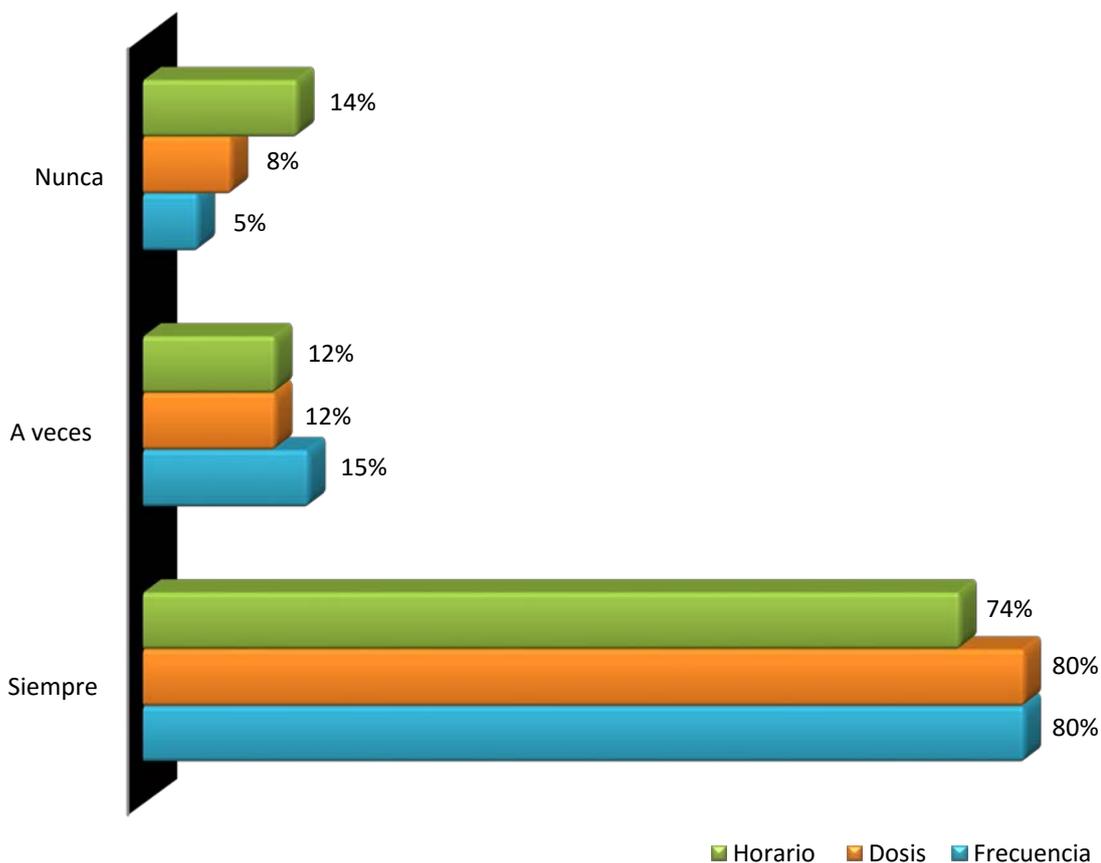


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación al consumo de sustancias psicoactivas del policlínico de Essalud, el 54% siempre consumen bebidas alcohólicas, el 49% siempre fuman cigarrillos y tabaco, el 2% a veces consumen drogas.

Gráfico 5

Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la adherencia al tratamiento en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012



Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación a la adherencia al tratamiento, el 80% cumplen con la dosis y la frecuencia en la toma de la medicina en tanto el 74% de ellos cumple con el horario a diferencia del 5% nunca cumplen con la dosis, el 8% nunca cumplen con la frecuencia en la toma de la medicina y el 14% con el horario

CAPITULO V. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial (HAS) es una de las enfermedades crónicas sistémicas de mayor prevalencia, la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte. Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud.

La hipertensión arterial, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal es la causa directa de un número importante de muertes en el país. Dentro de las causas que favorecen el desarrollo de la hipertensión se cuenta la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol. A nivel nacional, la prevalencia de este padecimiento en la población de 20 años o más es de 30%. A partir de los 60

años de edad, más de 50% de los hombres y más de 60% de las mujeres presentan hipertensión arterial.

La prevención de la hipertensión arterial incluye la actividad física y el control de peso, la detección de casos y la mejora continua del tratamiento de los pacientes. Una de las innovaciones en esta materia es la promoción de la creación de grupos de ayuda mutua para personas con sobrepeso, hipertensión, diabetes y dislipidemias. Los resultados de estas actividades son muy modestos. La cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial a nivel nacional el cambio en el estilo de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones de naturaleza social. La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables es el compromiso individual y social, y el estar convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales y se mejora la calidad de vida.

Es importante mencionar que los estilos de vida que el individuo adopta como la falta de actividad física, el hábito al consumo del alcohol y tabaco, el estrés que hoy en día viven, el alto consumo de sal, así como la alimentación inadecuada conducen al desarrollo y aparición de la hipertensión arterial. El ejercicio es útil para evitar y controlar la obesidad, disminuye la intolerancia a la glucosa, los efectos que ejerce sobre el organismo son múltiples; en el aparato circulatorio, incrementa el consumo de oxígeno arterial mejorando la distribución y el retorno de la sangre periférica y la circulación general, produciendo el aumento de contracción; la vascularización coronaria colateral se realiza mejor, y aumenta el tamaño de los vasos sanguíneos. Su mecanismo ayuda a disminuir la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El ejercicio más

recomendable es la caminata de 30 a 45 minutos. El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso, éste comienza a afectar al cuerpo rápidamente, entra al torrente sanguínea desde el estómago, en donde se absorbe una cantidad pequeña, en seguida pasa al intestino delgado, donde se absorbe la mayor parte, y finalmente la sangre lo trasporta a todo el organismo. En el cerebro el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas. Entre más alta sea la concentración del alcohol, mayor será el número de neuronas afectadas. Su exceso conduce a una mayor probabilidad de sufrir hipertensión arterial, la relación es más fuerte si las bebidas consumidas son cervezas o licores. La relajación es una técnica de autocontrol del sistema nervioso que es útil para el control de la hipertensión arterial. Los individuos pueden relajarse voluntariamente en distintas situaciones de su vida tanto personal como profesional, lo que favorece una disminución de la presión arterial por reducción de la activación del sistema nervioso autónomo. Por el contrario la reacción al estrés es muy compleja y la constituyen una sucesión de acontecimientos de tipo neuronal, muscular, cardiovascular, inmunológico y hormonal. Estilos de vida que la población en ocasiones conoce, pero desafortunadamente no los lleva a cabo, lo que ocasiona que día con día aumente la incidencia de pacientes con hipertensión arterial.

La Hipertensión Arterial puede prevenirse con el simple hecho de practicar los estilos de vida saludables como son: la práctica de ejercicio frecuente, el no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, evitar el estrés, disminuir el consumo excesivo de sal, alimentación saludable que contenga carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y proteínas, racionados.

CONCLUSIONES

1. Del total de la población, menos de la mitad fluctúan entre las edades de 61 a 70 años, son de género femenino, tienen estudios secundarios, son casados, y más de la mitad son cesantes (jubilados)
2. A partir de los resultados obtenidos se puede afirmar que una mayoría de los pacientes en estudio cumplen con su tratamiento farmacológico. El sexo que predomina más es el femenino. Un gran porcentaje de los pacientes presenta el hábito de fumar, e ingieren bebidas alcohólicas.
3. Menos de la cuarta parte de la población no realizan ninguna actividad física, y no mantienen una alimentación saludable, el comportamientos sedentarios se asocian a una mayor incidencia de hipertensión arterial.
4. El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación a la alimentación, del total de la población, más de la mitad de ella consumen alimentos salados, dulces, y solo un cuarto de la población acostumbra consumir una dieta hiposódica e hipograsa.
5. El estilo de vida de los pacientes hipertensos en relación a la adherencia al tratamiento, casi la totalidad de la población cumple con la dosis y la frecuencia del tratamiento farmacológico.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar y distribuir de manera permanente material impreso y audiovisual dirigido a los pacientes que acuden al programa de hipertensos, para que conozcan aspectos relevantes y significativos sobre la hipertensión arterial y así evitar posibles complicaciones.
2. Establecer estrategias de educación para la salud que de manera continua y sistemática abordan información relacionada con la prevención, complicación, hábitos de vida y tratamiento frente al padecimiento de la hipertensión arterial.
3. Realizar nuevos estudios para conocer la relación entre el estado civil, nivel académico y estrato social con el nivel de conocimientos de los pacientes acerca de la hipertensión arterial.
4. Implementar talleres educativos al equipo de salud para una mejor atención a los usuarios.
5. Crear programas comunitarios de prevención de la hipertensión arterial y la implementación de actividades de seguimiento y control basados en el nivel de atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arana G. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de Presión Arterial en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo. Rev. Med Hered 2001; 12; 120-126.
2. Coca, A. Evolución de la Hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlares 2001. Hipertensión 2002; 19(9): 390-399
3. Wright, J., Drogas y Salud. Buenos Aires Editorial Panamericana, 2002.
4. Sialer S. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Lima, Revista de Cardiología 2001: 231:3
5. Tinajero, .J. Hipertensión Arterial en la población económicamente activa (PEA) de ICA. Aspectos epidemiológicos,- Revista de Cardiología; Enero – Junio 2000 XXVI 21-28.
6. Sellen, J. Hipertensión Arterial, Diagnóstico Tratamiento y Control. Ciudad de la Habana, Editorial Universitaria, 2008.
7. García Pérez. AM “Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes mellitus tipo 2”. España Medicina de Familia (And), 2001; 2:29-34
8. Gutierrez Jaramillo Javier;, “Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión arterial”, en Colombia, el 2006 Colombia Medica, vol. 32, num. 2, 2001, pp. 99-102, Universidad del Valle .Colombia
9. Jiménez Ortega Ulises y otros; “Estilos de vida en pacientes hipertensos de un consultorio médico de familia”, Venezuela.2005.
10. LINARES, Íngrid en su investigación titulado “estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor Hipertenso. Essalud hospital Nuevo Chimbote. 2007
11. Guerrero Yactayo Marleny, “Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezoleta - Cañete” [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Cañete - Perú. 2010

12. Soto, Victor y otros "Factores Determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial, Hospital Nacional Almanzor Aguinga Asenjo. Essalud," Chiclayo 2000. Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM
13. Borjas Pezo, Hernán "Ejercicios Terapéuticos Como Alternativa Para el Control no Farmacológico de HTA en el Hospital Sergio. E. Bernales" [Tesis para optar el título de Especialista en Medicina de Rehabilitación] Cañete - Perú. 2010 Lima 2000.
14. Sosa José y otros; "Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas". Revista Peruana de Cardiología. Perú 2009
15. Rufina Rafael Arqueros y Silvia Bernedo Juárez, "Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007". [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Lima - Perú. 2007.
16. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
17. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011
18. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442.
19. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012, 380(9859):2224–2260.
20. Segura L, Agusti R, Parodi J y cols. Factores de Riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Peru (Estudio TORNASOL). Rev Per Card. 2006; Vol XXXII No. 2:82-128.
21. OMS. Enfermedades Cardiovasculares. Citado 03 de diciembre 2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
22. Revista de Medicina. Hipertension Arterial. Madrid, Espana: Unidad; 2009.

23. Almeida .D. Bradfort J.M, 2005, Manual de cardiología Clínica. En Universidad central de Venezuela, .CDCH. Edic. .Anauco
24. Perez Gonzales R, Cordova Vargas L, Santin Pena M, Lardrove Rodriguez O, Macias Castro I. Programa Nacional de Prevencion, Diagnostico, Evaluacion y Control de la Hipertension Arterial, Rev Cubana Medicina General Integral 1999; 15(1):46-87.
25. PROGRAMA DE HTA PROTOCOLO DE HTA Citado 04 de diciembre del 2013
http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/nottransmisibles/2011-05-30_065737_hipertencion.pdf
26. Solis M. Cuidados de Enfermería en la Hipertension Arterial Sistémica .Archivos de Cardiología de Mexico, 72, Enero, Marzo 2002, 296-301.
27. El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona hipertensa. Citado el 08 de diciembre del 2013.
<http://www.ehrca.org/im/pdf/9coelpapeldelaenfermeria.pdf>
28. Kynges, H, Lahdenpera, T., Compliance of patients with Hipertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing, 1999; 29: (832-839)}
29. Biasizzo, María Soledad, “Estilos de vida e Hipertensión. Uruguay 2006.
30. Arce Peña Tatiana y Bonete Muñoz Mariela Estilo de vida asociado a enfermedades crónico degenerativas de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral” [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Ecuador - Perú. 2011
31. Estilo de vida saludable: punto de vista para una apocion mas clara y puntual. Citado el 04 de diciembre del 2013.
<http://www.psicologiacientifica.com/estilo-devida-saludable/>
32. Centro de Información para Decisiones en Salud (CENIDS). “Hipertensión”. [07/11/2006] Disponible en:
<http://www.cenids.insp.mx/actualízate/1999/3/dic98/diab49.htm..>
33. Organización Mundial De La Salud: disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps031229.htm>.

34. Sociedad Cubana De Medicina. "Factores de riesgo en el proceso de salud" [21/10/2006]. Revista cubana. de medicina en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi19499.htm>. Cuba 1999.
35. Cieza, R. "Actualización Médica. Hipertensión" [07/10/2006]; Disponible en: <http://www.medihouse.net/actualizacionmedica/hipertension.arterialmodotexto.htm>. - 2001.
36. Alfredo Dueñas Herrera /hipertensión arterial en el adulto mayor Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial/indice_p.htm
37. García, "El Estilo de Vida de Pacientes Hipertensos de un Programa de Ejercicio Aerobio: Estudio en la Ciudad de Toluca." Esc Anna Nery Rev Enferm; 12 (2). México, 2008.
38. Erqueros, Rafael y Otros, Estilos de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardiaca INCOR Essalud 2007. Lima, UNMSM. Facultad de medicina 2009".
39. Enfermedades cardiovasculares un problema que debemos enfrentar . Citado el 02 de diciembre del 2013 http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales%202007/Enfermedades_cardiovasculares.pdf
40. Solís M. Cuidados de Enfermería en la Hipertensión Arterial Sistémica .Archivos de Cardiología de México, 72, Enero, Marzo 2002, 296-301.
41. El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona hipertensa. Citado el 08 de diciembre del 2013. <http://www.ehrca.org/im/pdf/9coelpapeldelaenfermeria.pdf>

ANEXOS

MATRIZ

Título: Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLE
<p>Problema general ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la alimentación en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?</p> <p>¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la actividad física en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?</p> <p>¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación al consumo de sustancias psicoactivas en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?</p> <p>¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la adherencia al tratamiento en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012?</p>	<p>Objetivo general Determinar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012</p> <p>Problemas específicos Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la alimentación en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012</p> <p>Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la actividad física en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012</p> <p>Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación al consumo de sustancias psicoactivas en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012</p> <p>Identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa de hipertensión arterial en relación a la adherencia al tratamiento en el policlínico de Essalud en el distrito de Chosica. 2012</p>	<p>Univariable = Estilo de vida de los pacientes hipertensos</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Estilo de vida de los pacientes hipertensos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación ▪ Actividad física ▪ Consumo de sust. Psicoactivas ▪ Adherencia al tratamiento 	<p> Ingesta de líquidos. Consumo de alimentos salados. Consumo de dulces. Consumo de verduras y frutas. Consumo de carnes rojas. Horario en las comidas. Consumo de dietas hipo sódica, hipograsa </p> <p> Realización de ejercicios Práctica de deportes Actividad físico bajo supervisión </p> <p> Fumar cigarrillo o tabaco. Consumo de bebidas alcohólicas. Consumo de drogas </p> <p> Frecuencia, dosis Horario </p>

NIVEL, TIPO Y METODOS	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTO	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que los datos se expresan en valor numérico, de diseño descriptivo, de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para modificarlo, de corte transversal ya que la información se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.</p>	<p>Población La población estará conformada por todos los pacientes que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del policlínico de Essalud los cuales son 123 usuarios.</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por la totalidad de la población (123) adscrita al Programa de Hipertensión Arterial del policlínico de Essalud. Criterios de inclusión son: Pacientes que se inscribieron al programa educativo y asisten a todas las sesiones educativas programadas. Pacientes que aceptan participar en el estudio</p> <p>Criterios de exclusión son Pacientes que no aceptan participar en el estudio Pacientes que no asisten al programa de HTA.</p>	<p>La técnica que se utilizara será la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario el cual consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos.</p>	<p>El instrumento será sometido a juicio de 8 expertos, para luego procesar los resultados en la tabla de concordancia y prueba binomial. Posterior a ello se realizara la validez del instrumento mediante el coeficiente de Pearson y la confiabilidad mediante la prueba de Kuder Richarson</p> <p>Previo a la recolección de datos se realizo el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del Policlínico de Essalud solicitando la autorización, con copia al jefe del servicio de cardiología. Luego de ello se llevara a cabo las coordinaciones pertinentes a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos, considerando un promedio de 15 minutos para la aplicación del instrumento. Posterior a la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el programa de Excel, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.</p>

INSTRUMENTO

Cuestionario

Estimado paciente(a): el presente cuestionario es parte de una investigación que tiene por finalidad la obtener información acerca del estilo de vida de los pacientes hipertensos. El instrumento es de carácter anónimo y confidencial.

Instrucciones

Lee cada una de las preguntas y de la respuesta apropiada a tu opinión, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según tu convicción. Marca con aspa el número, no existe respuestas buenas ni malas, asegúrate de responder a todas las opciones

Datos generales:

Edad _____ (años cumplidos)

Género: Femenino () Masculino ()

Estado civil:

Soltero () Concubino () Casado () Divorciado () Viudo ()

Nivel académico:

Analfabeta () Primaria () Secundaria () Técnico Superior () Universitario ()

Nunca = 0

A veces = 1

Casi siempre = 2

Siempre = 3

ITEMS	0	1	2	3
1. Consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos				
2. Recibe información en cuanto al tipo de alimentación que consume.				
3. Consume alimentos que contengan alto contenido de sal				
4. Ha consultado usted a algún nutricionista para mejorar su alimentación				
5. Incluye entre comidas el consumo de frutas				
6. Consume de 4 a 8 vasos de agua al día				
7. Hace usted ejercicio por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana				
8. Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.				
9. Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana				
10. Consume más de dos tazas de café al día				
11. Limita el consumo de grasas como (mantequilla, queso crema, etc.				
12. Evita dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil				

<p>pérdida de peso</p> <p>13. Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa).</p> <p>14. Duerme al menos 7 horas diarias.</p> <p>15. ¿Se controla la presión arterial?</p> <p>16. Has recibido información o consejería por algún personal de salud cerca de la hipertensión arterial y sus complicaciones</p> <p>17. Le interesa leer temas relacionados con la hipertensión arterial</p> <p>18. Reconoce usted cuando su presión esta elevada.</p> <p>19. Ha recibido información sobre la hipertensión arterial y sus complicaciones</p> <p>20. Se somete a un examen completo para descartar posibles complicaciones anualmente</p> <p>21. Asiste a campañas gratuitas para descarte de la presión arterial</p> <p>22. ¿Cuándo siente mareos o dolores de cabeza asiste al centro de salud más cercano para un control?</p> <p>23. Se auto médica cuando cree que su presión se ha incrementado.</p> <p>24. Cree conveniente asistir al médico para un mejor control y tratamiento</p> <p>25. Consume alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente</p> <p>26. Consume alimentos salados, diariamente, es decir agrega sal adicional a su comida</p> <p>27. Consume gaseosas más de cuatro veces a la semana</p> <p>28. Consume más de 4 vasos de gaseosa al día</p> <p>29. Consume pescado y pollo más que carnes rojas</p> <p>30. Consume dulces, helados, pasteles diariamente</p> <p>31. Consume Ud. Carne roja más de 4 veces a la semana</p> <p>32. Consume alimentos ahumados como: carnes, pescado y quesos ahumados</p> <p>33. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión: aeróbicos</p> <p>34. Realiza usted ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario</p> <p>35. Realiza practica de algún tipo de deporte como</p> <p>36. Participa en ejercicio de taichi, con fu, yoga</p> <p>37. Prohíbe usted que fumen en su presencia</p> <p>38. Cuando usted empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica puede reconocer en qué momento deja de tomar</p> <p>39. Fuma cigarrillo o tabaco</p> <p>40. Consume usted licor al menos dos veces a la semana</p> <p>41. Cundo usted presenta algún problema, angustia, en su vida diaria tiende a consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas</p> <p>42. Usted consume sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, éxtasis u otras</p>				
---	--	--	--	--

¡Muchas Gracias por su colaboración!

ANEXO 3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

TABLA BINOMIAL DE JUECES EXPERTOS

INSTRUMENTO:

JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	TOTAL	Proporción Concor dancia (P)	
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado	0,55	0,63	0,85	0,65	0,95	3,63	0,73	
2. Objetivo	Está expresado en capacidades observables	0,7	0,58	0,9	0,6	0,85	3,63	0,73	
3. Actualidad	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0,45	0,55	0,95	0,65	0,85	3,45	0,69	
4. Organización	Existe una organización lógica en el instrumento	0,45	0,6	0,8	0,6	0,85	3,3	0,66	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0,55	0,5	0,85	0,65	0,9	3,45	0,69	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0,45	0,6	0,9	0,6	0,85	3,4	0,68	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0,7	0,63	0,95	0,65	0,85	3,78	0,76	
8. Coherencia	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0,85	0,55	0,9	0,65	0,9	3,85	0,77	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación	0,85	0,5	0,95	0,65	0,95	3,9	0,78	
TOTAL		0,62	0,57	0,89	0,63	0,88		6,48	
Es válido si $P \geq 0.60$								P=	0,72

ANEXO 4

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento, para el rendimiento académico se procedió aplicar la prueba piloto a 15 pacientes mediante la fórmula de ALFA DE CRONBACH, se determinó:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Siendo:

S_i^2 : La suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 : La varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).

K : El número de preguntas o ítems.

Entonces:

$$= \left[\frac{42}{42-1} \right] \left[\frac{1-13.9710}{7.8528} \right]$$

$$= \left[\frac{42}{41} \right] \left[1 - 1.7791 \right]$$

$$= \left[1.0243 \right] \left[0.7791 \right]$$

$$= 0.798$$

$$= 0.8$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este **instrumento es confiable**.