



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

TESIS

**FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE
HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO DE
SALUD LAS PAMPAS, CHICLAYO - 2016**

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

**PRESENTADO POR:
CUSTODIO PISFIL MARIELA**

**ASESORA:
Dra. ELIZABETH TERESA DIESTRA CUEVA**

CHICLAYO – PERU, 2019

**“FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE
HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO DE
SALUD LAS PAMPAS, CHICLAYO - 2016”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=86 adultos), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,872); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,963$).

CONCLUSIONES:

La presente investigación tiene como título: Los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, encontrando que en mayor porcentaje es el factor No Modificable y en menor porcentaje el factor modificable. Encontrando además lo siguiente para ambos factores: La diabetes es un factor de riesgo asociado a la PAA, el abdomen voluminoso es un factor predominante para una PAA, no se han realizado examen de colesterol y tienen antecedentes familiares que padecen de PAA, no controlan su peso, no se han realizado examen de glucosa y la obesidad es el factor causal más importante de la PAA, Además, la carga laboral es un factor predominante para la PAA, Consumen alimentos con exceso de sal, consumen frituras y alimentos que contienen grasas: hamburguesas, carne de cerdo, mantequilla y otros, consideran que el consumo de exceso de sal es un factor de riesgo para la HA, fuman cigarrillos, no duermen las 8 horas diarias completas y el personal de salud no les ha recomendado realizar actividad física.

PALABRAS CLAVES: *Factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos. Factores no modificable y modificable.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the factors that contribute to the development of hypertension in adults of the health center Las Pampas, Chiclayo - 2016. It is a transversal descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 86 adults), to the information was collected using a Likert-type questionnaire, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,872); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.963$).

CONCLUSIONS:

The present investigation has as title: The factors that contribute to the development of arterial hypertension in adults of the Health Center Las Pampas, Chiclayo, finding that in greater percentage is the non-modifiable factor and in smaller percentage the modifiable factor. Finding also the following for both factors: Diabetes is a risk factor associated with PAA, the bulky abdomen is a predominant factor for a PAA, no cholesterol test has been performed and they have family history that suffer from PAA, they do not control their weight, no glucose test has been performed and obesity is the most important causal factor of PAA, In addition, workload is a predominant factor for PAA, Consume foods with excess salt, consume fried foods and foods that contain fat: burgers, pork, butter and others, consider that the consumption of excess salt is a risk factor for HA, they smoke cigarettes, do not sleep 8 hours a day, and health personnel have not recommended physical activity.

KEYWORDS: *Factors that contribute to the development of hypertension in adults. Factors not modifiable and modifiable.*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	
ABSTRAC	
ÍNDICE	i
INTRODUCCIÓN	ii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	iii
	v
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de estudios	5
1.5. Limitaciones	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	40
2.4. Hipotesis	41
2.5. Variables	42
2.5.1. Definición conceptual de las variables	42
2.5.2. Definición operacional de las variables	42
2.5.3. Operacionalización de la variable	43

CAPITULOIII: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	45
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	46
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	46
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	47

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	48
--------------------------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSION	51
------------------------------	----

CONCLUSIONES	54
---------------------	----

RECOMENDACIONES	56
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
-----------------------------------	----

ANEXOS

Matriz

Instrumento

INTRODUCCIÓN

La hipertensión es el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, que son todas aquellas que afectan a los vasos arteriales, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro entorno. El número de personas en el mundo con presión arterial alta ha llegado a 1.130 millones, casi duplicándose en 40 años, según una nueva investigación de las Organización Mundial de la Salud, por lo que cientos de científicos del mundo, estudió los cambios en la presión arterial en todos los países del mundo entre 1975 y 2015 con medidas de presión arterial de casi 20 millones de personas y se le conoce como la enfermedad silenciosa.

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.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, y especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, se presentan estrategias deficientes de la atención primaria de la salud, los cuales son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial. Es más, la epidemiología de la hipertensión y enfermedades relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en las diferentes regiones y países mundiales. (1)

La presente investigación se enfoca en los factores que contribuyen al desarrollo de la hipertensión tanto los modificables, como los no modificables, a los que una persona está expuesta cotidianamente. Si bien aún se desconoce el mecanismo que desencadena la hipertensión arterial más frecuente, denominada "hipertensión esencial", "primaria" o

"idiopática"; existen factores relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza, poco modificables, que pueden incidir en su desarrollo.

Además de otros que se podrían cambiar al modificar ciertos hábitos de vida, el ambiente, y las costumbres, como por ejemplo la obesidad, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y sal.

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013, en el mundo las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17,5 millones de muertes por año (lo que representa un 31% de todas las muertes), siendo la Hipertensión Arterial (HTA) uno de los factores más importantes y frecuentes, así de las 7.4 millones de muertes por enfermedad isquémica, el 49% son atribuibles a un control sub-óptimo de la presión arterial; y de las 6.7 millones de muertes por Enfermedad Cerebrovascular, el 62% son como consecuencia de un mal manejo tensional; por consiguiente se ha establecido que las complicaciones de la HTA causan anualmente 9,4 millones de muertes, muchas de ellas prevenibles.

Este problema ha tenido mayor relevancia en Latinoamérica como causa de enfermedad cardiovascular considerada enfermedad aterosclerótica y establecida como la epidemia del siglo XXI. Latinoamérica vive una transición epidemiológica, la mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas, este aumento es debido a la creciente prevalencia de los factores de riesgo.

Una de cada tres personas padece de hipertensión en el Perú y el mundo, y el 30% desconoce que vive con este mal silencioso en nuestro país. Estudios desarrollados en 26 ciudades del Perú en 2013 (en las tres regiones) sobre Problemas de hipertensión, se determinó que un 23,7% de la población mayor de 18 años tiene hipertensión arterial, con una

mayor prevalencia de hipertensos en el sexo masculino (13,4%) sobre el sexo femenino (10,3%).

La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población y se indica que a medida que avanzaba la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en comparación con las otras regiones del país.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el marco de su política de promoción y difusión de estudios especializados, de contribución al conocimiento de las enfermedades que aquejan a la población peruana y al diseño de políticas públicas de salud, pone a disposición de las autoridades, usuarios públicos y privados, el documento "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014"; a nivel nacional, según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, el 14.6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada, siendo más frecuente en hombres (18.5%) que en mujeres (11.3%). La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en Lima Metropolitana (18,2%), seguido por la Costa sin Lima Metropolitana (15,5%). La menor prevalencia se registró en la Selva (11,7%) y en la Sierra (12,0%). De acuerdo a la medición efectuada, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron presión arterial fueron en los departamentos de Piura (18,6%), Lima (18,1%) y la Provincia Constitucional del Callao (17,6%). Los menores porcentajes se presentaron en Madre de Dios (7,0%), Ucayali (8,5%) y Pasco (9,6%). (2)

Según las estadísticas del Ministerio salud en el 2012, indican que, con 16.853 casos, la región Lambayeque ocupa el segundo lugar con mayor índice de la enfermedad. Le siguen la provincia constitucional del Callao (14.384), las regiones La Libertad (13.550) y Piura (12.506). Actualmente

los casos han aumentado siendo hoy un problema de salud pública en el Perú. (3)

De todas estas consideraciones y experiencias anteriores surge la idea y necesidad de realizar la presente investigación y nos formulamos lo siguiente

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los factores no modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016?

¿Cuáles son los factores modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016?

¿Cuáles son las estrategias que disminuyen el desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.

1.3.2. Objetivo específico

Identificar los factores no modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016.

Identificar los factores modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016.

Identificar las estrategias que disminuyen el desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La Hipertensión, se le conoce como la asesina silenciosa, porque es una condición que no presenta síntomas pero que puede llegar a ser peligrosa. Uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, es decir, afecta al 20% de la población del planeta según datos de la Organización Mundial de la Salud. La hipertensión es uno de los factores de riesgo modificables de enfermedades del corazón, puede controlarse con éxito si se ponen los medios y la voluntad. Hay que tener en cuenta que es la causa de la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria, y la responsable de un 13% de la mortalidad mundial. (4)

El proyecto de investigación es de suma importancia, ya que permite realizar un análisis crítico de la realidad, que busca alternativas de solución para contribuir al desarrollo de programas, estrategias y políticas que puedan afrontar esta problemática, tomando en conocimiento los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial, por lo que su ausencia elevara los costos de salud pública y proporcionarían menos

calidad de vida debido a la presencia de diversas enfermedades cardiovasculares que podrían ser fatales en adultos.

Por lo tanto este proyecto de investigación será de gran aporte a los profesionales de enfermería, ya que ellos son quienes proporcionan la información necesaria a los adultos de diversos centros de salud, donde ejecutan y promueven campañas de prevención sobre hipertensión arterial con la finalidad de contrarrestar la muerte de los mismos.

Este proyecto de investigación se realiza con la finalidad de contribuir al bienestar familiar, social y gubernamental de nuestro país, inspirando a otros para lograr una réplica a nivel nacional, esta información también podrá ser considerada para contrastar datos en futuros proyectos de investigación para alumnos de enfermería, profesionales del sector salud y autoridades de las localidades, etc.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del fueron las siguientes:

- La poca disponibilidad de algunos adultos del centro de salud para que realicen el cuestionario de investigación.
- El escaso apoyo percibido por colegas del centro de salud para permitir el llenado de la investigación.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

RODRIGUEZ, Juan Manuel; Realizo la investigación titulada “Los conocimientos que tienen los alumnos de la carrera de Kinesiología de la Universidad Abierta Interamericana sobre factores de riesgo que predisponen la aparición de la Hipertensión Arterial” Argentina – 2010. Con el objetivo general de Analizar cuáles son los conocimientos que tienen los alumnos de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Abierta Interamericana sobre los factores de riesgo que predisponen la aparición de la hipertensión arterial. Como objetivos específicos se planteó: Identificar cual es el factor de riesgo más conocido, Registrar el porcentaje de cada factor, Determinar la incidencia de cada factor de riesgo en la población estudiada y contrastar la relación entre conocimiento e incidencia de los factores de riesgo. El instrumento utilizado fue entrevistas semiestructuradas en las cuales se incluyeron preguntas tanto abiertas como cerradas. Los resultados obtenidos sobre el conocimiento que tienen los alumnos sobre los factores de riesgo,

el 32% no conocía ninguno, el 56% conocían menos de la mitad y sólo el 12% conocían más de tres. Realizó la siguiente conclusión: “En cuanto a la relación entre conocimiento de los factores relacionados y la presencia de estos en los alumnos, son a la vez los que mayor incidencia tuvieron en la población estudiada. Esto quiere decir que si bien algunos alumnos conoce la obesidad, el tabaquismo y la inactividad física predisponen la aparición de la hipertensión arterial, un alto porcentaje de ellos posee estos factores, por lo tanto creo que hay una falta de formación en los alumnos ya que si bien tienen los conocimientos sobre esta enfermedad, no tienen la conciencia para evitar los hábitos que predisponen la aparición de esta grave patología. Con toda la información obtenida, puedo concluir que:

“La hipótesis planteada ha sido refutada habiendo determinado que los conocimientos que tienen los alumnos de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría sobre los factores de riesgo que predisponen la aparición de la hipertensión arterial no son los adecuados para evitar esta patología ni para prevenirla en los futuros pacientes. (5)

CANALES Ramos Edgardo; Realizo la investigación titulada “Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del cantón el despoblado, municipio de Santa Rosa Guachipilín” México - 2011. El objetivo fue evaluar el nivel de los conocimientos que tienen las personas acerca del origen tratamiento y control de la hipertensión arterial. El método es un estudio no experimental, prospectivo. transversal descriptivo, que se caracteriza por realizar una determinación sistemática y precisa de la presentación de las características de cada muestra individuales en diferentes tiempos y lugares, esto,

durante los meses de enero a septiembre de 2011, la muestra estudiada la conformaron 95 individuos, de 20 a 90 años de edad ,el tipo de muestra fue no probabilístico por conveniencia por que la selección de esta fue a criterio del grupo investigador, las técnicas utilizadas fueron: la entrevista y la encuesta. Las conclusiones fueron entre otros:

"El autocuidado de los pacientes hipertensos es regular, esto se da por tratarse de una enfermedad crónica que requiere la modificación de algunos estilos de vida no adecuados por unos saludables, lo que hace que el paciente se perciba limitado y no satisfecho en algunas áreas" (6)

ABAD Alemán, Nataly Maria; Araujo Flores, Verónica Gabriela; Garcia Valdez, Isabel Susana; Realizaron un estudio titulado "Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados en adultos, Centro de Salud Nro., 1 del Cantón Cañar". Ecuador - 2013. Determinar la prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en pacientes adultos entre 40 y 65 años de edad que consultaron en el Centro de Salud N°1 del cantón Cañar durante enero a diciembre de 2013. Método y materiales Se realizó un estudio transversal, con una muestra aleatoria de 140 pacientes. El tamaño de la muestra se calculó sobre la base del 10% de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (factor de asociación de más baja prevalencia), el 95% de confianza y el 5% de error de inferencia. Los pacientes fueron identificados a partir de las historias clínicas desde enero a diciembre del 2013, e ingresaron al estudio de manera aleatoria. Los datos se obtuvieron por entrevista y observación directa y se analizaron con la ayuda del software SPSS versión 15. Resultados La mediana de edad fue de 51 años. El 68,6% fueron mujeres, casados el 71,4%, de etnia mestiza el 95,7% y el 74,3% correspondió a la población

económicamente activa. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 48,6% (IC 95% 40.3-56.9), no se encontró asociación estadística con los factores de exposición estudiados (sobrepeso, obesidad, sedentarismo, tabaquismo). Conclusiones:

“La prevalencia de hipertensión arterial fue del 48,6% y no se encontró asociación estadística con los factores asociados estudiados”. (7)

2.1.2 Antecedentes nacionales

RODRIGUEZ Maria Yakeline, Realizo la investigación titulada “Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del policlínico el Porvenir” Lima – 2010, El objetivo fue: determinar el nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del Policlínico el Porvenir 2010. El método fue de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional en adultos con hipertensión arterial que asistieron al programa del adulto en el policlínico el Porvenir – Es Salud entre setiembre y octubre del 2010, la muestra estuvo constituida por 100 adultos con hipertensión arterial quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. La información se obtuvo a través de los siguientes instrumentos nivel de autocuidado con hipertensión arterial y estilo de vida. Las conclusiones fueron entre otros que:

“Los siguientes adultos con hipertensión presentaron un nivel de autocuidado alto y un nivel de estilo de vida adecuada esto es relacionado a asistir regularmente a sus controles en el Policlínico El Porvenir – Es Salud y cumplir las recomendaciones de estilos de vida adecuada de esta manera se relacionando ambos”. (8)

LEGUIA Gladys y otros, Realizaron el estudio titulado “Nivel de conocimientos y prácticas de auto cuidado del paciente hipertenso de los policlínicos Juan Rodríguez Lazo, policlínico Villa María y servicio de transporte asistido de emergencia” Lima - 2012; El objetivo fue establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado del paciente hipertenso en tres centros asistenciales de Essalud de Lima. El método es descriptivo-comparativo, 60 pacientes que ingresaron por emergencia con cuadros de crisis hipertensiva, quienes fueron seleccionados al azar, se ha utilizado un cuestionario validado por juicio de expertos, el proceso de análisis e interpretación de datos fue haciendo uso del programa estadístico SPSS v. 11.5. Las conclusiones fueron entre otros que:

“En el presente estudio podemos observar que los pacientes refieren tener conocimiento sobre hipertensión arterial en un mayor porcentaje y no proyectan a la acción sus conocimientos, los que nos lleva a suponer que el paciente no toma conciencia de su enfermedad”. (9)

MAGUIÑA Duran Pamela Katherine, Realizaron la investigación titulada “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud Max Arias Schreiber”, Lima – 2013. El objetivo fue Determinar los factores de riesgo que predisponen a Hipertensión Arterial en los adultos que acuden al Servicio de Triage del Centro de Salud “Max Arias S.” (DISA V Lima Ciudad). Método fue cuantitativo, muestra de 80 pacientes, se ha utilizado un cuestionario validado por juicio de expertos, el proceso de análisis e interpretación de datos fue haciendo uso del programa estadístico SPSS. Las conclusiones fueron entre otros que:

“La población en estudio, se encuentra expuesta a los factores de riesgo modificables y no modificables, los cuales confieren un riesgo basal para cada individuo. Los factores de riesgo modificables que predominan son el consumo de grasas, ausencia del control del índice de masa corporal y de la presión arterial, así como el control inadecuado del colesterol y presencia de estrés” (10)

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión establecida es una condición que implica un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos en la cual la presión arterial está crónicamente elevada por encima de valores considerados óptimos o normales. La hipertensión frecuentemente está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardiaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. La hipertensión persistente es considerada uno de los factores de riesgo para accidente vascular encefálico (AVE), infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca y aneurisma arterial, y es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica. Incluso una moderada elevación de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida.

Cuando la presión arterial está marcadamente elevada (presión arterial media 50% o más por encima del promedio) la expectativa de vida se disminuye en 30 a 40%, a menos que la hipertensión sea tratada adecuadamente. (11) La enfermedad hipertensiva es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Para la

población adulta (Mayor o igual a 20 años de edad), se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, y a la diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

El diagnóstico se establece con uno o ambos valores en niveles anormales; y en al menos dos ocasiones (en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas). A la hipertensión arterial puede asociarse factores de riesgo cardiovascular y/o compromiso clínico o subclínico de los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro, ojos). (12) Teniendo en cuenta que la presión arterial es una variable continua, y que a mayores cifras tensionales mayor es el riesgo cardiovascular, se decidió que los sujetos con PA entre 120/80 y 129/84 pueden ser considerados presión normal, mientras que los que tienen cifras entre 130/85 y 139/89 son considerados presión arterial normal alta.

Los valores de presión arterial menores de 120/80 son considerados valores óptimos. Se debe enfatizar que los valores normales altos y normales son de mayor riesgo que los valores óptimos, a pesar de estar en el rango normal. (13) La hipertensión arterial generalmente se clasifica como: Primaria, Esencial o Idiopática cuando la presión arterial es constantemente mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida. Representa el 85 a 90% de todos los casos de hipertensión. La hipertensión es definida como secundaria cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable como la enfermedad parenquimatosa renal, enfermedad renovascular, coartación aórtica, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos).

2.2.2 TIPOS DE HIPERTENSION ARTERIAL

Hipertensión Arterial Primaria

La hipertensión esencial es aquella que se produce por causas desconocidas siendo más habitual entre la población hipertensa, no puede ser curado aunque si controlada mediante cambios en la alimentación en los hábitos vitales o una medicación adecuada. (14)

Hipertensión Arterial Secundaria

Es la que se produce como resultado de alguna enfermedad, como puede ser problemas glandulares o renales, el embarazo o el uso de drogas o fármacos. Cuando se controlan estas enfermedades, la tensión arterial se normaliza. La mayoría de los casos la hipertensión no presentan síntomas; otras veces producen dolor de cabeza, mareos, cansancio, visión borrosa, zumbido de oídos. (15) Entre las causas están factores genéticos hereditarios, causas orgánicas, alimentación inadecuada, obesidad, exceso de sal, edad, sexo, embarazo, estrés, alcohol, tabaco, café, época del año, raza, vida sedentaria. El diagnóstico se hace en base en tres tomas de presión arterial con valores patológicos en diferentes horarios y días en condiciones óptimas o una sola toma con valores tensionales mayores de 210 – 120 mm Hg.

2.2.3 TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbimortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial (PA) y el control de otros factores de riesgo (FR) cardiovasculares (CV), sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Es necesario corregir entonces, si el paciente los presentara, FR como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes y sedentarismo si se quiere

disminuir significativamente su riesgo cardiovascular. (16) La normalización de la PA se obtiene, en algunos casos, con modificaciones en el estilo de vida y, mientras que en otros, es necesario el agregado de medicamentos. En ambas situaciones, son necesarias la educación del paciente y de su ámbito familiar, para lograr un buen cumplimiento del tratamiento, Las metas terapéuticas son llegar a las siguientes cifras de PA:

- En consultorio PA < 140-90 mm Hg
- Con control domiciliario < 135-85 mm Hg
- Con monitoreo ambulatorio de PA (MAPA) < 125-80 mm Hg

El impedimento más importante para alcanzar el objetivo propuesto inicialmente es el abandono del tratamiento. Las medidas que procuran disminuirlo son:

1. Explicar al paciente la índole de su afección y discutir con él, teniendo en cuenta las evidencias disponibles y sus necesidades y preferencias, las opciones adecuadas de tratamiento. Hacerle saber que la hipertensión arterial (HA) probablemente dure toda su vida y que el abandono del tratamiento ocasionará que la PA se eleve nuevamente. Informarle que las complicaciones no aparecerán ni progresarán si cumple el tratamiento. (17)
2. Hacerle conocer al paciente el momento en el que se consiga normalizar la PA con el fin de estimularlo en el cumplimiento de las indicaciones.
3. Evitar que el paciente tenga esperas prolongadas en el consultorio.
4. Lograr la comprensión y ayuda del grupo familiar.
5. El paciente deberá ser controlado siempre por el mismo profesional.

6. Si es necesario utilizar medicamentos antihipertensivos proponer el esquema más simple y en lo posible una sola toma matinal.

Tratamiento Farmacológico

Los antihipertensivos no deben emplearse como sustitutos de las medidas no farmacológicas sino como complemento de las mismas. La reducción de las cifras de PA mediante el uso de medicamentos disminuye la morbimortalidad cardiovascular. Collins y col. en un meta-análisis de 14 estudios con asignación aleatoria de drogas encontraron una reducción de 42% en la incidencia de accidente cerebrovascular (ACV) y sólo de 14% en la de enfermedad coronaria (EC) debidas a la disminución de 5 a 6 mm Hg en la PA diastólica. (18) Esta menor reducción en la incidencia de EC ha merecido varias explicaciones: lesiones coronarias ya constituidas al iniciar el tratamiento, múltiple causalidad de la enfermedad coronaria, modificación desfavorable del perfil lipídico ocasionada por algunos fármacos antihipertensivos y períodos de observación cortos. Esta última suposición está avalada por los hallazgos del “Programa de Seguimiento y Detección de la Hipertensión” que demostraron mayores reducciones de EC a los 8 años que las observadas a los 5 años de control. En consonancia con lo expuesto, N.Kaplan sugiere que se utilice el ACV como el evento primario más apropiado para evaluar el tratamiento de la hipertensión.

La reducción de la PA mediante el tratamiento farmacológico también ha demostrado ser útil en las prevenciones de la insuficiencia cardíaca, de la progresión de la HA a formas más severas y de la mortalidad por todas las causas. Los resultados finales del “Estudio del tratamiento de la hipertensión leve” muestran que el tratamiento farmacológico en combinación con

medidas higiénico-dietéticas fue más efectivo, al cabo de 4 años, en la prevención de eventos cardiovasculares que el consistente en sólo estas últimas.

Indicaciones

Deberá tenerse en cuenta el riesgo CV. La Sociedad Europea de Hipertensión lo estratifica de la siguiente manera:

Se consideraron los siguientes FR CV:

- ❖ Niveles de PAS/PAD
- ❖ Varón > 55 años
- ❖ Mujer > 65 años
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Dislipidemia (Colesterol > 250 mg/dL o LDLc > 155 mg/dL o HDLc en el varón < 40 mg/dL y en la mujer < 48 mg/dL)
- ❖ Historia familiar de ECV prematura (Varón < 55, mujer < 65 años)
- ❖ Obesidad abdominal (PC varón >102 cm, mujer > 88 cm)
- ❖ Proteína C reactiva \geq 1 mg/dL

Es decir, resumiendo:

El tratamiento farmacológico está indicado en hipertensos estadios 1-2 sin FR o con 1 a 2 FR si luego de 3 a 12 meses de modificaciones en el estilo de vida no se ha logrado la meta. De inicio, en hipertensos con:

- ❖ PAS \geq 180 mm Hg o PAD \geq 110 mm Hg • PAS \geq 120 mm Hg o PAD \geq 80 con condición clínica asociada
- ❖ PAS \geq 130 mm Hg o PAD \geq 85 mm Hg más 3 o más FR, diabetes mellitas o lesión en órgano blanco.

De acuerdo al JNC-VII el tratamiento farmacológico está indicado en todos los hipertensos que luego de las modificaciones en el estilo de vida no lograron la meta. No especifica lapsos entre modificaciones en el estilo de vida e inicio del tratamiento farmacológico ni tiene en cuenta el riesgo CV como se puede observar en la siguiente figura. No se expide sobre las indicaciones de tratamiento farmacológico desde el inicio y sostiene que la mayoría de los hipertensos grado 2 necesitará dos drogas para lograr la meta.

Es preferible guiarse por los criterios de la Sociedad Europea de Hipertensión que tienen en cuenta el riesgo CV y las cifras de PA. Con respecto al tratamiento farmacológico de inicio es de hacer notar que el estadio 2 con 1-2 FR abarca una amplia gama de pacientes (con PAS de 160 a 179 mm Hg y PAD de 100 a 109 con FR modificables o no) donde la conducta deberá guiarse por el juicio clínico frente a cada caso. En la Guía NICE publicada en junio de 2006 por la Sociedad Inglesa de Hipertensión se recomienda el tratamiento farmacológico para:

- ❖ Pacientes con 160/100 mm Hg o más.
- ❖ Pacientes con riesgo cardiovascular aumentado (riesgo de enfermedad CV a 10 años de 20 % o mayor, o enfermedad CV o daño en órgano diana) con presiones mayores de 140/90 mm Hg.

Principios del tratamiento farmacológico ideal

1. Debe ser individualizado.
2. Por vía oral
3. Exento de efectos indeseables.
4. De bajo costo.

5. Debe controlar la PA en decúbito y en ortostatismo durante el reposo y la actividad.
6. Debe mejorar o no empeorar la calidad de vida.
7. Debe prevenir las lesiones en órganos diana y revertirlas.

Tratamiento Individualizado

Implica tener en cuenta las enfermedades o situaciones asociadas que hagan preferible la utilización de determinado medicamento. De no estar presentes, y en ausencia de contraindicaciones, se pueden prescribir inicialmente aquellos antihipertensivos que hayan demostrado, en estudios a largo plazo, su capacidad para reducir la morbimortalidad cardiovascular, v.g. D y BB, cuyo costo es además menor. En el estudio ALLHAT ya mencionado, si están contraindicados los D, se recomienda utilizar indistintamente BC o IECA. (19) De no disponer de determinado medicamento, se utilizará todo aquel que permita descender las cifras de PA, pues se debe tener en cuenta que la principal meta es la normalización de la misma. Esta situación es habitual en los consultorios externos de los hospitales públicos de nuestro país. Para individualizar la terapéutica se deberán tener en cuenta, por lo menos:

1. La edad
2. Las cifras de PA
3. Las enfermedades asociadas
4. Las lesiones de órganos blancos

2.2.4 MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA

En todos los hipertensos deberán indicarse modificaciones del estilo de vida. Por sí solas pueden normalizar la Presión Arterial en algunos hipertensos, y en todos contribuyen al descenso de la misma y a mejorar la eficacia antihipertensiva de los fármacos.

Las principales medidas no farmacológicas son las siguientes:
(20)

Reducción de peso

En los hipertensos obesos debe indicarse una dieta hipocalórica. La obesidad de tipo central, como se analizará posteriormente, se asocia comúnmente a HA y otros FR CV configurando el llamado Síndrome Metabólico y por lo tanto, simultáneamente con la disminución de peso es deseable la normalización del perímetro de la cintura: por debajo de 102 cm en los varones y de 88 cm en las mujeres.

Se ha observado que hasta un moderado descenso del peso, de aproximadamente 4,5 kg, induce una reducción significativa de la PA. Un estudio reciente en mujeres hipertensas obesas mostró que la restricción calórica produce una reducción significativamente mayor en la PA que una dieta estándar, ambas con una ingesta constante de sodio y potasio.

La reducción de peso, si es adecuada y mantenida, es la única medida del tratamiento no farmacológico capaz, por sí sola, de lograr con razonable expectativa algún grado de reducción de las cifras de la PA. En un estudio la reducción de peso sostenida disminuyó los fracasos del control de la PA en los pacientes que recibían placebo, bajas dosis de diuréticos o betabloqueantes. Por otra parte, la normalización del peso mejora el perfil lipídico y la tolerancia a los H de C.

Ejercicio regular isotónico

Numerosos trabajos prospectivos demuestran que el aumento de la actividad física se relaciona con una disminución en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, Caminar o

practicar ejercicios más vigorosos confiere idéntica protección. Este efecto beneficioso del ejercicio puede explicarse, en parte, por la disminución de la PA en reposo que puede observarse después de la práctica regular y reiterada de ejercicios aeróbicos. Se deben indicar a los hipertensos leves ejercicios aeróbicos, como caminatas, trote, ciclismo, natación, luego de descartar cardiopatía isquémica. Los ejercicios deben realizarse incrementando su duración de manera progresiva, hasta alcanzar 45 o 60 minutos, cinco veces por semana. No se indicarán ejercicios de fuerza o competitivos. Los pacientes con HA moderada o severa, con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica deben ser evaluados previamente a los efectos de determinar cuál es el ejercicio más conveniente (aunque con la medicación tengan PA normal en reposo).

Tabaquismo

Se debe recomendar enfáticamente el abandono de este hábito. El fumar ocasiona mayores presiones diurnas en el MAPA (Monitoreo Ambulatorio de la PA); aumento del tono simpático, mayor resistencia a la insulina y obesidad visceral; todo ello implica mayor frecuencia de ECV y facilita la progresión de complicaciones tal como la insuficiencia renal. (21)

Restricción de la sal

La restricción de sodio dietético es ampliamente aceptada como medio eficaz para disminuir la PA. Estudios epidemiológicos de diversas poblaciones señalan una menor prevalencia de HA en aquellos que consumen menos de 75 mEq de sodio por día. En la siguiente tabla se puede observar que la restricción de sodio es especialmente eficiente en las personas de mayor edad. (22)

La restricción moderada de sodio ha probado su eficacia antihipertensiva. En una restricción moderada la dieta no debe contener más de 5 g de cloruro de sodio por día (2 g de sodio). Esto se consigue suprimiendo el agregado de sal a los alimentos y eliminando aquellos con alto contenido, como por ejemplo: embutidos, ingredientes para copetín, quesos, fiambres, aceitunas, pan, productos enlatados, grandes cantidades de leche y derivados.

Reducción del consumo de alcohol

Una ingesta de alcohol superior a los 30 g por día se asocia con una mayor prevalencia de HA. Durante un seguimiento de 8 años en 70.891 mujeres de 25 a 42 años el riesgo de desarrollar hipertensión se redujo en 14 % en aquellas que bebían un cuarto a media porción por día y aumentó 31 % en las que tomaban más de dos tragos por día. Por lo tanto, se aconsejará a los hipertensos no excederse de esa cantidad. Esto equivale a 250 cc. de vino o 500 cc. de cerveza. (23)

Conducta dietética

El JNC-VII (12) recomienda la adopción de la denominada dieta DASH. Es un plan de comidas que consiste en una dieta rica en frutas y vegetales (9 a 12 porciones por día), productos lácteos bajos en grasas (2 a 3 porciones por día), reducida en grasa saturada (≤ 7 % del total de las calorías) y en grasa total (≤ 25 % del total de las calorías). Además es rica en potasio y calcio. En un estudio clínico se distribuyeron al azar en 3 grupos a individuos con PA sistólica de 120-159 mm Hg y diastólica de 80-95 mm Hg que no tomaban fármacos antihipertensivos:: al grupo 1 se le indicó reducción de peso, reducción en la ingesta de alcohol y de sodio y aumento en la actividad física; al grupo 2, lo anterior más dieta DASH, y al grupo 3 sólo consejos generales sobre

modificaciones saludables en el estilo de vida.; los grupos 1 y 2 tuvieron 18 contactos con los dietistas. Al cabo de 6 meses se produjeron descensos de la PA sistólica de 4,3 mm Hg en el grupo 2 y de 3,7 mm Hg en el grupo 1. (24)

2.2.5 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Factores No Modificables

Aquellos que por su naturaleza no pueden ser tratados o modificados, como:

- **Edad y sexo:**

Se ha encontrado relación directamente proporcional entre el aumento de la edad del individuo y la frecuencia de aparición de las enfermedades cardiovasculares. Cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años. El mecanismo básico por el que la presión arterial aumenta conforme la edad lo hace, es por la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las arterias, principalmente en las personas mayores de 50 años y edad mayor de 60 años (59%). Se ha demostrado que la aterosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana. En algunos estudios se han demostrado la presencia de estrías grasas en pacientes muy jóvenes, y puede tardar 20-40 años en producir un bloqueo suficiente como para producir un infarto. Cuanto más joven sea el paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial mayor es la reducción de vida si se deja sin tratamiento. Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir HTA que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos. (25)

- Raza:
Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias. (26)
- Herencia:
Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25 % de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión alta, se tiene el 60 % de probabilidades de desarrollarla. (27)

Factores Modificables

Son aquellos factores asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables. Dentro de estos factores se destacan: (28)

- Consumo de tabaco:
La presión arterial está ligada al tabaquismo por ser este un factor de riesgo cardiovascular siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción. El humo del tabaco actúa sobre las arterias por medio de sus radicales libres disminuyendo el óxido nítrico y lesionado el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y aterosclerosis produciendo aumento de la tensión arterial.

La nicotina ejerce varios efectos farmacológicos que conduce a un aumento de la tensión arterial, la mayoría de los cuales están relacionados con la estimulación:

- Aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, volumen sistólico y gasto cardiaco.
 - Vasoconstricción cutánea y coronaria.
 - Aumento de las concentraciones circulantes de adrenalina y noradrenalina.
-
- Consumo de grasas:

En los países industrializados en donde las dietas son ricas en productos con elevadas cantidades de hidratos de carbonos simples, grasa de origen animal y sal en exceso, a la vez que pobres en frutas y verduras frescas. Consumir demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol. (29)

 - Obesidad:

Existe una sólida relación en los estudios epidemiológicos entre peso corporal y TA o entre obesidad y prevalencia de hipertensión. Obesidad e hipertensión son más frecuentes en individuos de raza negra así como en niveles socioeconómicos bajos. En el estudio Framingham, por ejemplo, los cambios de peso corporal pronostican cambios de la TA. Un aumento de peso por encima del 20 % del peso ideal aumentaba 8 veces el riesgo de HTA, también existe lo contrario. Una posible explicación de ello es que existe una asociación genética entre el trastorno metabólico que provoca el aumento del peso corporal y la HTA. Esto se observa en la asociación entre diabetes e hipertensión. Así, epidemiológicamente existe una

asociación entre TA elevada, obesidad, resistencia a la insulina y dislipidemia (aumento de triglicéridos séricos y lipoproteínas de baja densidad-colesterol y disminución de lipoproteínas de alta densidad-colesterol). (30)

Existen dos tipos de distribución de la grasa corporal. La distribución corporal superior (androide) que se mide con el cociente cintura/cadera y se asocia a TA elevada, y la distribución ginecoide de la grasa (en caderas, nalgas y muslos). Es importante tener presente que la verdadera asociación entre peso corporal y TA puede ampliarse por esfigmomanómetros incorrectos. Los obesos desarrollan una resistencia insulínica por la cual las concentraciones plasmáticas de insulina son mayores y esta aumenta la actividad del sistema simpático y la reabsorción de sodio en los túbulos renales.

- Estrés

El estrés conocido como la sensación de amenaza física o psíquica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida, puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras. “Diversos factores se correlacionan con este fenómeno como la hipertensión de guardapolvo blanco”, la sobrecarga laboral, factores raciales, presiones del medio social y trastornos emocionales causados en el clima familiar, como también en el clima académico. (31)

- Consumo de alcohol:

El consumo de alcohol pronostica el aumento de la TA. Los niveles más elevados de TA se observaban en aquellas personas que consumían 6 ó más unidades de alcohol diarias (1 unidad de alcohol equivale a 8-10g de etanol o aproximadamente a media jarra de cerveza, un vaso de vino o una copa de licor). Se considera excesiva la ingesta de más de 39 cc. De alcohol/día, que equivale a 2 copas de vino o 60 mL de ron, whisky, aguardiente o dos cervezas. Cada onza de alcohol eleva la presión arterial, los triglicéridos, el ácido úrico, favorece la presencia de arritmias cardíacas, y su aporte calórico aumenta el riesgo de obesidad (Rodríguez, 1999). El efecto sobre la TA parece ser reversible: los ex bebedores presentan tensiones arteriales similares a las de los no bebedores. El mecanismo presor del alcohol es poco conocido. La caída de la TA que se produce al suspender el alcohol ocurre a las 24-48 horas. Esta rapidez de inicio y finalización del efecto presor puede involucrar al Sistema Nervioso Central, como frecuencia cardíaca y catecolaminas. (32)

También se ha postulado la secreción de adrenalina por parte de la glándula suprarrenal junto con la pérdida de sensibilidad de los barorreceptores y los efectos directos del alcohol sobre el tono y la capacidad de reacción de la musculatura lisa vascular. También es importante que la apnea del sueño se asocia a hipertensión y que ésta es un fenómeno habitual en los individuos con un consumo de alcohol elevado.

- Ingesta de sodio:

Un elevado consumo de sal contribuiría al aumento de la TA relacionado con la edad. El mecanismo por el cual la restricción de sal de la dieta provoca la disminución de la TA en la hipertensión arterial esencial es desconocido. No existen

evidencias de que el contenido corporal de sodio ni de que el sodio intercambiable esté aumentando en la hipertensión esencial, teniendo en cuenta que, además, probablemente está ligeramente disminuido en jóvenes hipertensos. Sin embargo, en los pacientes hipertensos de edad avanzada el sodio intercambiable se correlaciona con la HTA, apoyando la posibilidad de que el sodio de la dieta pueda contribuir al aumento de TA que se observa con la edad. El consumo recomendado de la OMS que se establece entre 5gr. y 6gr. por persona y día. (33)

- **Actividad Física:**

Sedentarismo o inactividad física se da en aquella persona que no realiza actividad física o ejercicio regular, idealmente aeróbica e isotónica (caminar, nadar o hacer bicicleta) mínimo 3 veces por semana de 30-45 minutos de duración. Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión y por ello se recomienda 15 minutos / día. El ejercicio físico previene los desórdenes cardiovasculares, se ha encontrado sedentarismo en el 69% - 71.3% de la población. El ejercicio es un factor protector pues eleva el colesterol HDL, reduce las cifras de hipertensión arterial y disminuye el peso corporal. En un estudio que específicamente utilizó el estado físico de acuerdo a la realización de ejercicio programado se encontró que un bajo nivel de atletismo se asocia con un factor 2.7 veces mayor de mortalidad cardiovascular. (34)

2.2.6 CONSECUENCIAS DE HIPERTENSION ARTERIAL

El 50% de los hipertensos desconocen su condición, la hipertensión arterial es una enfermedad que no produce síntomas la mayoría de los pacientes ya acuden cuando ya tienen

síntomas como cefalea hemorragias nasales, palpitaciones y zumbidos. (35)

Los principales factores son edad obesidad el hábito de fumar, consumo de excesivo de sal y cierto factores genéticos y de personalidad como agresividad o hiperactividad. Las complicaciones son como cambios vasculares hemodinámicas como cambios estructurales adquieren importancia en el riñón y corazón.

Complicaciones Renales

El riñón puede ser la causa de la hipertensión arterial aunque también sufre sus consecuencias. (36)

1. La Nicturia.- Constituye el síntoma renal más precoz de la afección renal y traduce la pérdida de la capacidad de concentración. Un incremento de la diuresis sólo se produce si se superan los límites de autorregulación, que precisamente están desplazados hacia la derecha en la hipertensión crónica. En los casos de exacerbaciones bruscas de la presión arterial se observa poliuria y nutriereis exagerada, como ocurre en la fase maligna de la hipertensión.
2. Hiperuricemia. Una minoría de pacientes con hipertensión esencial tiene hiperuricemia no debida a tratamiento diurético. Al parecer, es secundaria a una disminución de la excreción renal de ácido úrico y puede ser un signo temprano de afección del flujo sanguíneo (nefroangiosclerosis).
3. Microalbuminuria. Es el signo más precoz de nefroangiosclerosis y constituye por sí mismo un factor de riesgo cardiovascular. Puede evolucionar a franca proteinuria y raramente a niveles de síndrome nefrótico.

4. Insuficiencia Renal. Los cambios vasculares propios de la hipertensión (hiperplasia y nefrosclerosis hialina) condicionan un aumento de la resistencia vascular renal, con disminución del flujo plasmático renal y posteriormente, debido a la autorregulación renal, del filtrado glomerular (nefroangiosclerosis hipertensiva). Los riñones suelen estar algo disminuidos de tamaño. En el paciente joven y con hipertensión de no muy larga duración, la insuficiencia renal es rara. Sin embargo, la nefroangiosclerosis es la causa de inicio de diálisis del 15-23% de los pacientes en EE. UU. Y es, después de la diabetes, la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica terminal. Con un buen control de la presión arterial se preserva la función renal en la mayoría de los pacientes, pero no en todos ellos. Por el contrario, en la hipertensión acelerada o maligna la gravedad de las lesiones renales y la intensidad de la hipertensión causan frecuentemente insuficiencia renal. La proteinuria puede ser intensa, aunque pocas veces supera los 5 g/día, y el sedimento urinario muestra microhematuria y/o macrohematuria, con cilindros hialinos y granulares. Por lo común, los riñones no están disminuidos de tamaño.

Complicaciones Cardíacas

La hipertensión arterial duplica el riesgo de coronariopatía isquémica (incluyendo infarto agudo y muerte súbita) y triplica el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva. El riesgo cardiovascular del hipertenso refleja la sobrecarga vascular, más relacionada con la presión arterial sistólica en el joven y mediana edad, y con la presión del pulso en el viejo. Las secuelas cardíacas de la hipertensión son: (37)

1. Disfunción Diastólica: que aparece con o sin signos de hipertrofia ventricular izquierda, suele ser asintomática y requiere estudios eco cardiográfico para su diagnóstico.
2. Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo. El corazón, sometido a una sobrecarga de trabajo por el aumento de la presión arterial, se hipertrofia. En la hipertensión, el trabajo del corazón es superior debido a que el gasto cardíaco se mantiene a pesar del aumento de las resistencias periféricas y de la presión arterial sistémica. No obstante, en adultos normotensos, la masa ventricular izquierda está directamente relacionada con el riesgo de desarrollar hipertensión, sugiriendo que los mismos factores patogénicos de ésta pueden inducir hipertrofia ventricular. En la génesis de la hipertrofia se hallan también implicados factores no hemodinámicos (factores de crecimiento, angiotensina II, catecolaminas, insulina, ingesta de sal, etc.). Su incidencia en hipertensos varía según el método usado para su diagnóstico. El ECG tiene más baja sensibilidad, y el ecocardiograma sobrestima la masa ventricular izquierda comparado con la resonancia magnética. La prevalencia estimada de hipertrofia ventricular por ecocardiografía oscila entre el 50-60% de los hipertensos.
3. Fracaso Del Ventrículo Izquierdo. Se debe al aumento de las resistencias periféricas hasta el punto de que no puede mantener el gasto cardíaco, a pesar del aumento de la contracción ventricular como consecuencia de la elongación de las fibras musculares. A menudo se añaden fenómenos isquémicos del miocardio que contribuyen al fallo ventricular. La insuficiencia cardíaca congestiva puede ocurrir sin evidencia previa o concomitante de insuficiencia ventricular izquierda.

4. Isquemia Miocárdica. Ocurre por la desproporción entre la oferta y la demanda de oxígeno del miocardio. La angina de pecho es frecuente en el paciente hipertenso, debido a la coexistencia de una adenomatosis acelerada y unos requerimientos de oxígeno aumentados como consecuencia de una masa miocárdica hipertrofiada. No es raro que sea silente en pacientes hipertensos, ni que aparezca dolor anginoso con coronarias normales. La mayoría de las muertes debidas a la hipertensión son, en la actualidad, por infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva.

Complicaciones Del SNC

Son las siguientes: (38)

1. Encefalopatía Hipertensiva. Se produce como consecuencia de una elevación de la presión arterial por encima del límite superior de autorregulación, el cual puede situarse en una presión arterial media de 150-200 mm Hg en un paciente con hipertensión de larga evolución, y en niveles inferiores en los normotensos previos. Este fracaso de la autorregulación produce en ciertas áreas vasodilatación, aumento de la permeabilidad capilar y edema. El incremento del flujo sanguíneo cerebral en algunas áreas coexiste con fenómenos de isquemia localizada, micro infartos y/o hemorragias petequiales en otras. Aunque, por definición, los signos y síntomas son transitorios si se desciende rápidamente la presión arterial a niveles de autorregulación, la falta de tratamiento puede conducir a la hemorragia cerebral. Por lo general, aunque no siempre, coexiste una retinopatía hipertensiva de grados III o IV. Infarto cerebral. La reducción de la presión arterial por debajo del límite inferior de la autorregulación cerebral, que en el hipertenso puede estar en 60 mm Hg o más de presión arterial media, es capaz de

provocar una disminución del flujo sanguíneo cerebral e isquemia o infarto consiguiente. Esto puede ocurrir como consecuencia de un tratamiento hipotensor o diurético demasiado intenso. La autorregulación del flujo cerebral puede perderse después de un accidente vascular cerebral, un traumatismo craneal, un tumor o una acidosis, con lo que el peligro aumenta en tales situaciones.

2. Aneurismas De Charcot-Bouchard. Se localizan sobre todo en las pequeñas arterias perforantes de los núcleos basales, el tálamo y la cápsula interna (el lugar más común de hemorragia cerebral). Las dilataciones aneurismáticas se deben a una degeneración hialina de la pared. Estas lesiones no guardan relación alguna con las placas de ateroma y constituyen la base anatomopatológica de la hemorragia cerebral. Su presencia y frecuencia están directamente relacionadas con la presión arterial. Ello puede evidenciarse también en normotensos a medida que aumenta la edad.
3. Infartos Lacunares. Son pequeñas lesiones (inferiores a 4 mm de diámetro) localizadas en los ganglios basales, la protuberancia y la rama posterior de la cápsula interna; su presencia es rara en la corteza cerebral y la médula. Están causados por oclusiones trombóticas de arterias de pequeño tamaño y habitualmente se asocian a hipertensión. La sintomatología clínica es la de una isquemia vascular cerebral, que puede ser transitoria, pero en ocasiones el estado lacunar se encuentra en hipertensos con parálisis pseudobulbar y demencia.
4. Otras Lesiones. También se forman aneurismas en vasos extra cerebrales en los que se comprueba la ausencia de desarrollo de la media. Constituyen el origen de la hemorragia

subaracnoidea y se hallan con una frecuencia elevada en la poliquistosis renal, la coartación.

Otras Complicaciones: La incidencia de aneurismas de la aorta abdominal aumenta probablemente como consecuencia del incremento en la longevidad de la población. Está en relación con una presión sistólica muy elevada (mayor de 195 mm Hg) y con la ateromatosis en otros territorios. El 80% de los pacientes con disección aórtica son hipertensos. Acostumbra a ser de la aorta descendente (distal o tipo B). No es infrecuente que pacientes hipertensos presenten claudicación intermitente, sobre todo cuando coexisten otros factores pre disponentes de arteriosclerosis, o lesiones estenos antes en las carótidas.

2.2.7 ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La prevención de la enfermedad, es una de las cinco funciones básicas de la Salud Pública, las cuales en conjunto constituyen las etapas del proceso de Atención Integral de la Salud. Las funciones básicas de la atención de la salud de la población, de acuerdo a la doctrina de la Salud Pública son: Promoción de la salud, protección de la salud y por último enfatizados de acuerdo a lo estudiado la Prevención de la enfermedad que son “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”. (39)

Son en la práctica, las actividades de los servicios de salud tendientes a la prevención de las enfermedades en los individuos y en la colectividad, mediante acciones específicas como inmunizaciones, educación sanitaria, pruebas de detección, etc.

La reducción de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial puede conseguirse mediante la prevención primaria, en particular, reduciendo la aparición de nuevos casos de hipertensión arterial, y con el tratamiento y control de las personas diagnosticadas como hipertensas. Para conseguir ambos objetivos son necesarias tanto la estrategia poblacional como la individual.

El proceso de formación profesional de enfermería está siendo, en la actualidad, intensamente afectado por los profundos cambios originados en el marco de una crisis social, política y económica que condiciona a los escenarios socio sanitarios, los sujetos involucrados en él, a las teorías, modelos y hasta las prácticas del rol profesional de enfermería por lo que puede afirmarse que actualmente enfermería está capacitada para desarrollar diferentes tareas. Es así que la formación del profesional no solo se realiza desde el asistencialismo sino que también incluye otros perfiles dentro de los cuales la prevención y la promoción de la salud cumplen un papel preponderante. (40) El Enfermero es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica no solo para dar cuidado al individuo enfermo y ayudar a su contexto familiar mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal; sino que también está capacitado para aplicar estrategias y cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención. (48) La prevención en su concepción más amplia, y al entender a la salud/enfermedad como parte integrante de un proceso, es fundamentalmente una actividad destinada a los individuos o los grupos de riesgo, con el objetivo de mantener el estado de salud. La prevención del hoy está ligada a crear un futuro más saludable, por ejemplo en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la mortalidad prematura y otros

muchos estudios epidemiológicos se demuestra la relación entre ciertos comportamientos individuales, como el hábito de fumar, la dieta, el sedentarismo y el consumo de alcohol con la calidad de vida. Al respecto recordamos como se ve afectada la calidad de vida en el fumador incrementándose los riesgos de enfermedades para el organismo si el inicio del consumo es a corta edad o como diversos estudios demuestran que la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de colon, de mama, de endometrio y de próstata.

Los profesionales de Enfermería son responsables de controlar la presión arterial (P.A.) en los usuarios que frecuentan las instituciones sanitarias. Por este motivo, deben tener una preparación adecuada acerca de la medida y control de la misma, y estar capacitados para poner en marcha las medidas de prevención de la hipertensión arterial (H.T.A.). (41)

Cabe recalcar el papel fundamental del enfermero dentro de la prevención primaria, ya que mediante la educación para la salud podrá intervenir en los factores de riesgo y así poder controlar precozmente, la aparición de hipertensión arterial.

El personal de Salud y en este caso especialmente la enfermera, está capacitada y encargada de abordar la prevención primaria, ya que se encuentra en contacto directo con los usuarios y sus familias y así poder afrontar la problemática planteada, que se encarga de limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo como la presencia de los factores modificables; como el control de los hábitos nocivos, (42) control de consumo de grasas, control de peso adecuado, ingesta de sal, presencia de estrés, inactividad física, entre otros, en las que naturalmente se refieren a enfermedades específicas

en las que de acuerdo a su historia natural existen las posibilidades de actuar en ese sentido es una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo.

Gracias a la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión. Para tener éxito se tiene que educar al paciente y es la enseñanza de los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la hipertensión arterial y en algunos de los casos es el único tratamiento que se requiere. (43) Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados.

Dentro de esta función de prevención de la enfermera se recalca su intervención de comunicación, educación y desarrollo de habilidades que faciliten cambios de comportamientos individuales y colectivos con la finalidad de prevenir enfermedades cardiovasculares en una edad más avanzada.

2.2.8 TEORIAS DE ENFERMERIA

Según Dorothea Orem

Para Dorothea Orem su teoría demuestra, cuando las capacidad desde de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado, la enfermera debe proponer, diseñar, aplicar y poner en práctica acciones que compensen las limitaciones del individuo. Adición a esta teoría permite un abordar de forma integral del individuo en función de

situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante la enfermedad o la muerte. (44)

Orem Dorothea, sugiere que enfermería es una acción humana que está vinculada a sistemas de acción formados por enfermeras, a través de su ejercicio profesional ante personas con limitaciones de la salud. Para ello el autocuidado es el medio que fomenta al máximo, en que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar. Además el autocuidado puede considerarse como un complemento de los servicios de salud ofrecidos por los profesionales, donde se comparte la responsabilidad con el usuario, como herramienta útil para la promoción de salud y prevención de eventos coronarios como el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho y/o evento cerebro vascular, situaciones de alteraciones de la salud que genera deterioro de la calidad de vida, que conllevan a un alto costo tanto económico como social.

Por otro lado, el autocuidado por ser un tema que concierne al ser humano en general, han retomado fuerza en la sociedad actual, que incentiva a la enfermera a fortalecer y crear aportes investigativos frente al tema, a buscar la validación de conceptos y de hallazgos investigativos dentro de la teoría de déficit de autocuidado de la enfermería Dorotea Orem.

Por ello, dicha teoría de Dorotea Orem se menciona los sistemas de enfermería: El sistema de enfermería parcialmente compensador, es donde el paciente, tanto como la enfermera participan en los cuidados de higiene o en otras técnicas de cuidado que sean necesarias. La distribución de

responsabilidades entre las dos personas varían, siendo diferente en cada situación según las limitaciones físicas o psíquicas del paciente, los conocimientos y las capacidades científicas y técnicas requeridas y la preparación psicológica del paciente para aprender y realizar determinadas tareas; este sistema de enfermería sería apropiado cuando el paciente tiene un déficit de conocimientos y/o habilidades que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado, y el sistema de enfermería de apoyo es a utilizar como prioridad mediante un enfoque para ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperación de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

El cuidado del adulto hipertenso implica la necesidad de educación basado en un programa, que aportara conocimientos y destrezas que le permitan participar en su cambio de estilo de vida y su mejoría en su salud; basado no solo en la terapéutica médica, sino también en su autocuidado, contando con el apoyo del profesional de la salud como enfermería, nutricionista, médico general.

Según Madeleine Leininger:

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así

poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona. (45)

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras.

Considerando lo mencionado, podemos decir que estas teorías están relacionadas con el tema a investigar.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

Hipertensión arterial

Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica. Se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y a la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

Factores de Riesgo

Son características o rasgos que aumentan la probabilidad de sufrir de Hipertensión arterial.

Factores que Contribuyen

Los factores que contribuyen directamente a nuestra salud, son muchos y muy diferentes dependiendo del entorno en el que vivamos. Ya sea la contaminación, los agentes externos, el modo de vida que llevamos y los malos hábitos que tengamos.

Factor Modificable

Características o condiciones de riesgo de generar HTA que se pueden intervenir y cambiar, ya que se encuentran ligadas a los hábitos de los individuos.

Factor no modificable

Características o condiciones de riesgo de generar HTA que no se pueden intervenir y cambiar, ya que son propias de los individuos.

Etapas de Vida Adulta

Es el ciclo vital del ser humano constituido por varones y mujeres comprendidos desde los 30 años de edad hasta los 59 años de edad.

2.4 HIPOTESIS

H_1 = Los factores si contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.

H_0 = Los factores no contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.

2.5 VARIABLES

Variable Independiente = Factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016

Variable dependiente = Hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.

2.5.1 Definición conceptual de la variable

- **Factores que contribuyen**

Los factores que contribuyen directamente a nuestra salud, son muchos y muy diferentes dependiendo del entorno en el que vivamos. Ya sea la contaminación, los agentes externos, el modo de vida que llevamos y los malos hábitos que tengamos.

- **Hipertensión arterial**

Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica. Se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y a la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

2.5.2 Definición operacional de la variable

- **Factores que contribuyen**

Los factores que contribuyen directamente a nuestra salud, son muchos y muy diferentes dependiendo del entorno en el que vivamos. Ya sea la contaminación, los agentes externos, el modo de vida que llevamos y los malos hábitos que tengamos. Se consideran los factores no modificables y modificables

- **Hipertensión arterial**

Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica en adultos del centro de salud Pampas de Chiclayo. Se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y a la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores relacionados	Factores no modificables Factores modificables Estrategias	1. Edad y sexo 2. Raza 3. Herencia 4. Antecedentes patológicos HTA 5. Consumo de tabaco 6. Consumo de grasas 7. Obesidad 8. Estrés 9. Consumo de alcohol 10. Ingesta de sodio 11. Actividad física 12. Medidas de prevención 13. Mejoras de calidad de vida
Hipertensión arterial	Signos de alerta Tratamiento Consecuencias	Edad Estilos de vida Naturales Farmacológicos Enfermedades adversas

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El presente estudio es de tipo cuantitativo, de nivel y diseño descriptivo correlacional, por la capacidad de seleccionar las características del objeto de estudio para luego hacer una descripción detallada de las categorías o clases de dicho objeto, descriptivo porque describe tal como se dan las situaciones que se presentan en la situación problemática; es correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal ya que se hizo en un determinado momento de tiempo y por número de variables es bivariable.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se realizó en el centro de salud Las Pampas, ubicado en el caserío Las Pampas, distrito de Morrope, provincia Chiclayo, Departamento Lambayeque, Esta institución cuenta con los servicios de Medicina General, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Nutrición, Psicología, Planificación Familiar y Consultorio Obstétrico, Laboratorio Clínico, Farmacia y otros.

El personal que labora en el centro de salud está constituido por médicos especialistas en cada uno de los servicios mencionados, cuatro enfermeras, un nutricionista, un psicólogo, personal técnico; así como

personal administrativo de mantenimiento y de vigilancia. El horario de atención del Centro de Médico es de lunes a sábado de 7:30 a 13:30 las 24 horas.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población total del estudio estuvo conformada por 86 adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, se ha podido evidenciar que en su mayoría son mujeres y de edad comprendida aproximadamente está entre los 30 y 59 años de edad.

3.3.2. Muestra

La muestra es censal poblacional, donde se selecciona el total de las unidades de población, la cual posee una característica en común, que estudia y da origen a los datos que requiere la investigación.

Criterio de inclusión

- Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas.
- Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, entre 30 y 59 años.
- Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, entre 30 y 59 años, que deseen participar en la investigación.

Criterios de Exclusión

- Adultos con hipertensión arterial que no acuden al centro de salud Las Palmas.

- Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, menor de 30 y mayores de 59 años.
- Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, entre 30 y 59 años, que no deseen participar en la investigación.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se empleó en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de 21 ítems, introducción datos generales, selección de información específica que explora las variables en investigación.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada; la validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, participaron 7 profesionales de enfermería con experiencia en las variables a investigar.

Para la confiabilidad se utilizó la prueba de alfa de Crombach obteniéndose como valor 0.80, por lo que se concluye que el instrumento es válido y confiable.

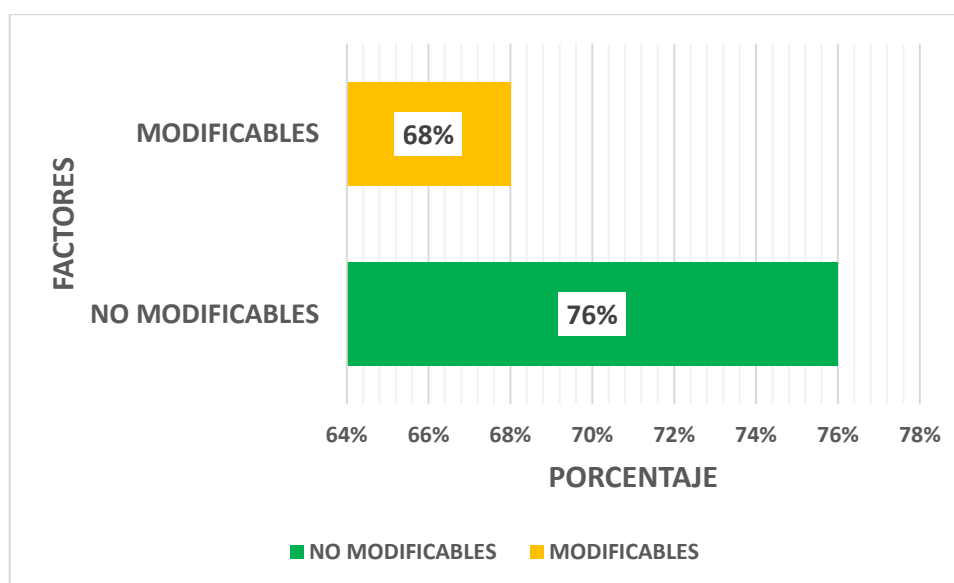
3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo en el centro de salud Las Pampas, previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización respectiva del médico jefe, a quien se le remitió una carta de presentación emitida por la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, la Dra. Fernanda Gallegos. El instrumento será aplicado aproximadamente en 20 minutos por cada encuestado.

Los datos recolectados se tabularon manualmente mediante el programa estadístico SPSS 21, para que puedan ser presentados a través de tablas y gráficos con sus respectivos análisis.

CAPITULO IV. RESULTADOS

GRAFICA 1
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD LAS PAMPAS,
CHICLAYO - 2016.

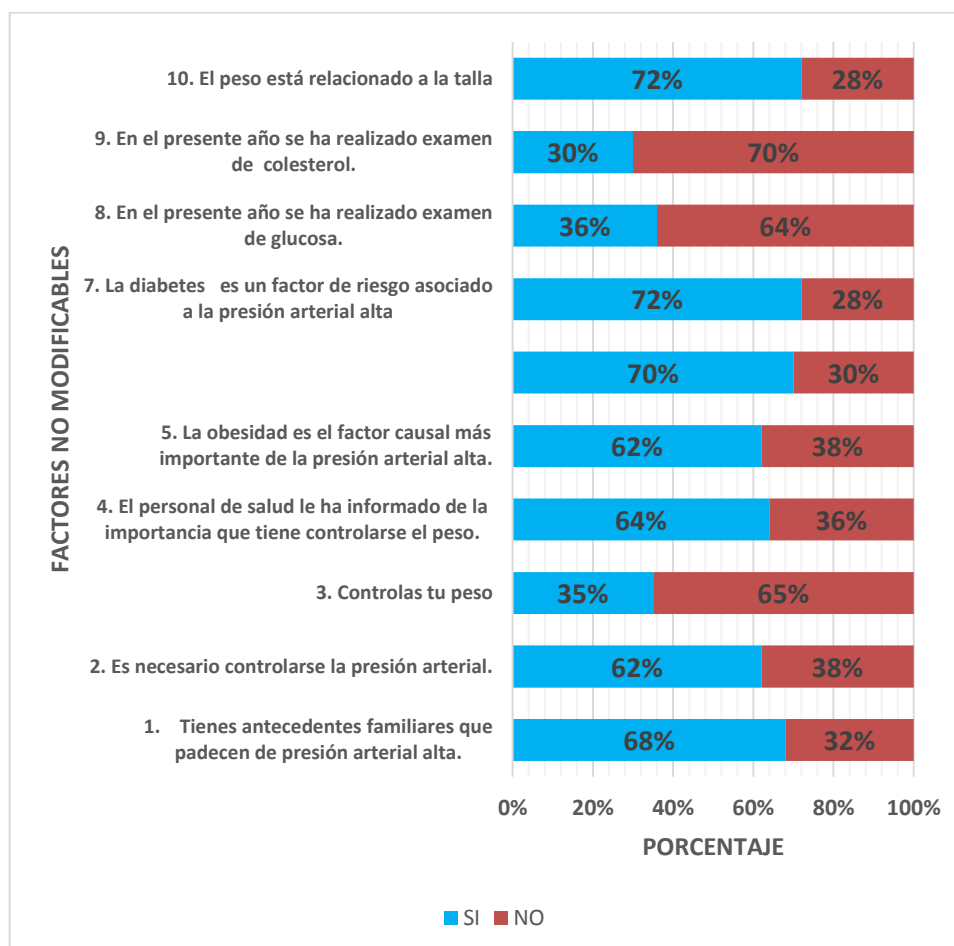


COMENTARIO DE LA GRAFICA 1:

Los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, en mayor porcentaje es el factor No Modificable en un 76% y en menor porcentaje el factor modificable en un 68%.

GRAFICA 2

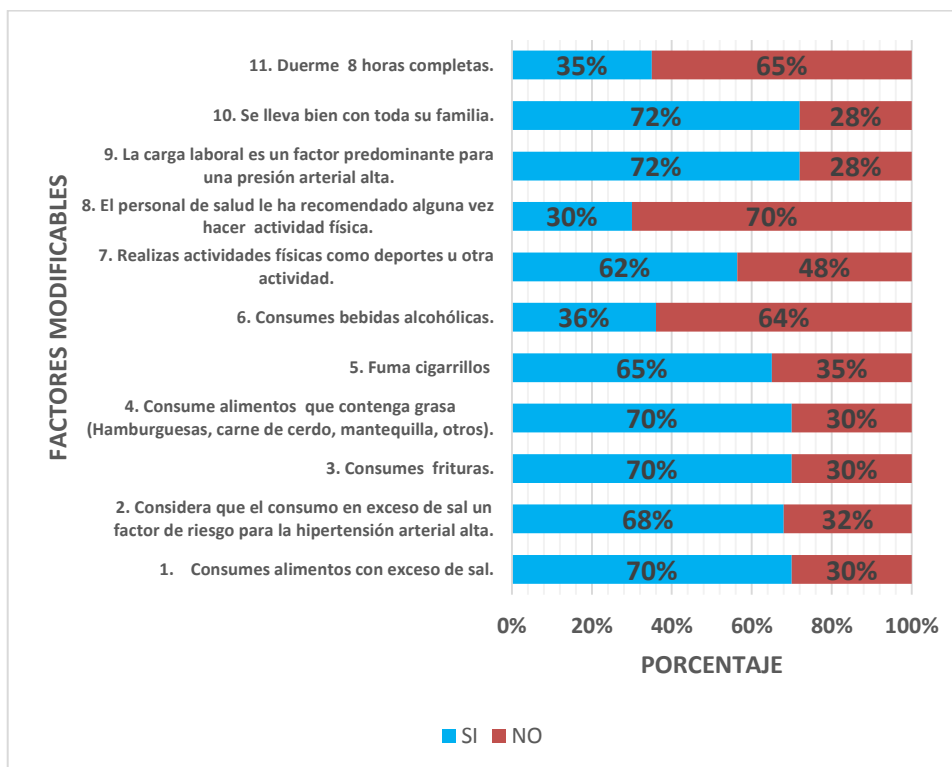
FACTORES NO MODIFICABLES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD LAS PAMPAS, CHICLAYO – 2016.



COMENTARIO DE LA GRAFICA 2:

Los factores No Modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, se presentan los siguientes: La diabetes es un factor de riesgo asociado a la PAA 72%, el abdomen voluminoso es un factor predominante para una PAA 70%, no se ha realizado examen de colesterol 70%, tienen antecedentes familiares que padecen de PAA 68%, no controlan su peso 65%, no se ha realizado examen de glucosa en el presente año 64% y la obesidad es el factor causal más importante de la presión arterial alta 62%,

GRAFICA 3
FACTORES MODIFICABLES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD LAS
PAMPAS, CHICLAYO – 2016.



COMENTARIO DE LA GRAFICA 3:

Los factores Modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, se presentan los siguientes: La carga laboral es un factor predominante para la PAA 72%, Consumen alimentos con exceso de sal 70%, consumen frituras 70%, consumen alimentos que contienen grasas: hamburguesas, carne de cerdo, mantequilla, otros 70%, consideran que el consumo de exceso de sal es un factor de riesgo para la hipertensión arterial 68%, fuma cigarrillos 65%, no duerme las 8 horas diarias completas 65% y el personal de salud no le ha recomendado realizar actividad física 62%,

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, encontrando que en mayor porcentaje es el factor No Modificable en un 76% y en menor porcentaje el factor modificable en un 68%. Coincidiendo con RODRIGUEZ, Juan M. (2010). Quien realizó la siguiente conclusión: “En cuanto a la relación entre conocimiento de los factores relacionados y la presencia de estos en los alumnos, son a la vez los que mayor incidencia tuvieron en la población estudiada. Esto quiere decir que si bien algunos alumnos conoce la obesidad, el tabaquismo y la inactividad física predisponen la aparición de la hipertensión arterial, un alto porcentaje de ellos posee estos factores, por lo tanto creo que hay una falta de formación en los alumnos ya que si bien tienen los conocimientos sobre esta enfermedad, no tienen la conciencia para evitar los hábitos que predisponen la aparición de esta grave patología. Con toda la información obtenida, puedo concluir que: *“La hipótesis planteada ha sido refutada habiendo determinado que los conocimientos que tienen los alumnos de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría sobre los factores de riesgo que predisponen la aparición de la hipertensión arterial no son los adecuados para evitar esta patología ni para prevenirla en los futuros pacientes. Coincidiendo además con CANALES Ramos E. (2011) Las conclusiones fueron entre otros: “El autocuidado de los pacientes hipertensos es regular, esto se da por tratarse de una enfermedad crónica que requiere la modificación de algunos estilos de vida no adecuados por unos saludables, lo que hace que el paciente se perciba limitado y no satisfecho en algunas áreas”*

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar los factores No Modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, encontrando que se presentan los siguientes: La diabetes es un factor de riesgo asociado a la PAA 72%, el abdomen voluminoso es un factor predominante para una PAA 70%, no se ha realizado examen de colesterol 70%, tienen antecedentes familiares que padecen de PAA 68%, no controlan su peso 65%, no se ha realizado examen de glucosa en el presente año 64% y la obesidad es el factor causal más importante de la presión arterial alta 62%, Coincidiendo con ABAD Alemán, Nataly M.; Araujo Flores, Verónica G.; Garcia Valdez, Isabel S.; (2013) Conclusiones: *“La prevalencia de hipertensión arterial fue del 48,6% y no se encontró asociación estadística con los factores asociados estudiados”*. Coincidiendo además con RODRIGUEZ M. Y, (2010), Las conclusiones fueron entre otros que: *“Los siguientes adultos con hipertensión presentaron un nivel de autocuidado alto y un nivel de estilo de vida adecuada esto es relacionado a asistir regularmente a sus controles en el Policlínico El Porvenir – Es Salud y cumplir las recomendaciones de estilos de vida adecuada de esta manera se relacionando ambos”*.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar los factores Modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, encontrando que se presentan los siguientes: La carga laboral es un factor predominante para la PAA 72%, Consumen alimentos con exceso de sal 70%, consumen frituras 70%, consumen alimentos que contienen grasas: hamburguesas, carne de cerdo, mantequilla, otros 70%, consideran que el consumo de exceso de sal es un factor de riesgo para la hipertensión arterial 68%, fuma cigarrillos 65%, no duerme las 8 horas diarias completas 65% y el personal de salud no le ha recomendado realizar actividad física 62%. Coincidiendo con LEGUIA Gladys y

otros, (2012). Las conclusiones fueron entre otros que: *“En el presente estudio podemos observar que los pacientes refieren tener conocimiento sobre hipertensión arterial en un mayor porcentaje y no proyectan a la acción sus conocimientos, los que nos lleva a suponer que el paciente no toma conciencia de su enfermedad”*. Coincidiendo además con MAGUIÑA Duran P. K. (2013). Las conclusiones fueron entre otros que: *“La población en estudio, se encuentra expuesta a los factores de riesgo modificables y no modificables, los cuales confieren un riesgo basal para cada individuo. Los factores de riesgo modificables que predominan son el consumo de grasas, ausencia del control del índice de masa corporal y de la presión arterial, así como el control inadecuado del colesterol y presencia de estrés”*

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: Los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo, encontrando que en mayor porcentaje es el factor No Modificable y en menor porcentaje el factor modificable. Encontrando además lo siguiente: La diabetes es un factor de riesgo asociado a la PAA, el abdomen voluminoso es un factor predominante para una PAA, no se han realizado examen de colesterol, tienen antecedentes familiares que padecen de PAA, no controlan su peso, no se han realizado examen de glucosa en el presente año y la obesidad es el factor causal más importante de la PAA, Además, la carga laboral es un factor predominante para la PAA, Consumen alimentos con exceso de sal, consumen frituras y alimentos que contienen grasas: hamburguesas, carne de cerdo, mantequilla y otros, consideran que el consumo de exceso de sal es un factor de riesgo para la hipertensión arterial, fuman cigarrillos, no duermen las 8 horas diarias completas y el personal de salud no les ha recomendado realizar actividad física.

SEGUNDO

Con respecto a la dimensión no modificables, Encontrando lo siguiente: La diabetes es un factor de riesgo asociado a la PAA, el abdomen voluminoso es un factor predominante para una PAA, no se han realizado examen de colesterol, tienen antecedentes familiares que padecen de PAA, no controlan su peso, no se han realizado examen de glucosa en el presente año y la obesidad es el factor causal más importante de la PAA,

TERCERO

Con respecto a la dimensión Modificable, Encontrando lo siguiente: la carga laboral es un factor predominante para la PAA, Consumen alimentos con exceso de sal, consumen frituras y alimentos que contienen grasas: hamburguesas, carne de cerdo, mantequilla y otros, consideran que el consumo de exceso de sal es un factor de riesgo para la hipertensión arterial,

fuman cigarrillos, no duermen las 8 horas diarias completas y el personal de salud no les ha recomendado realizar actividad física.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Realizar capacitaciones permanentes al personal de enfermería del Centro de Salud las Pampas, Chiclayo. Para que estos puedan sensibilizar de la mejor manera a los pacientes adultos sobre los factores de la hipertensión arterial.

SEGUNDO

Promover en el Centro de Salud Las Pampas, Chiclayo, las estrategias y actividades relacionadas a programas preventivo-promocionales, como la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que predisponen a HA y su prevención; de esta manera se logrará un mejor control de los factores no modificables y contribuir hacia la calidad de vida de las personas adultas.

TERCERO

Realizar en el Centro de Salud Las Pampas, Chiclayo, la motivación de la población adulta, hacia la práctica de estilos de vida saludable y así, poder promover la participación en su cuidado, en la prevención de la HA en el factor modificable, que se puede presentar en la población adulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta robles, benjamín. “factores de riesgo para la hipertensión arterial“. En revista de cardiología de méxico.2001.
2. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar, lima, 2014.
3. Ministerio de salud perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de la etapa de vida adulto mujer y varón.2008.
4. Ministerio de salud perú. Plan de trabajo estrategia sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles, 2011.
5. Rodriguez, Juan Manuel; Realizo la investigación titulada “Los conocimientos que tienen los alumnos de la carrera de Kinesiología de la Universidad Abierta Interamericana sobre factores de riesgo que predisponen la aparición de la Hipertensión Arterial” Argentina – 2010.
6. Canales Ramos Edgardo; Realizo la investigación titulada “Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del cantón el despoblado, municipio de Santa Rosa Guachipilín” México – 2011
7. Abad Alemán, Nataly Maria; Araujo Flores, Verónica Gabriela; Garcia Valdez, Isabel Susana; “Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados en adultos, Centro de Salud Nro., 1 del Cantón Cañar”. Ecuador - 2013.

8. Rodríguez María Yakeline, “Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del policlínico el Porvenir” Lima – 2010.
9. Leguía Gladys y otros, “Nivel de conocimientos y prácticas de auto cuidado del paciente hipertenso de los policlínicos Juan Rodríguez Lazo, policlínico Villa María y servicio de transporte asistido de emergencia” Lima – 2012
10. Maguiña Duran Pamela Katherine, “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud Max Arias Schreiber”, Lima – 2013.
11. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva resolución ministerial n° 491-2009/Minsa, Lima – 2011.
12. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, Lima – 2011.
13. Torales Ibáñez, Juan. “hipertensión arterial aspectos etiológicos y Fisiopatología”. En revista peruana de cardiología. 2011
14. Martínez Álvaro, Margarita Ronderos, Tortos Jaime, et al, Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Manual para detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. 2002
15. Kannel W. La hipertensión como factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria. Mon. Méd. Vol.I no 2, mayo 1999.

16. Figueroa López, Carlos Gonzalo. “factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios en la universidad de Murcia”. En revista científica de américa latina y el caribe. 2006.
17. Quiroga de Michelena, maría Isabel. “hipertensión arterial- aspectos genéticos”. En anales de la facultad de medicina de la universidad peruana Cayetano Heredia. 2010.
18. Ministerio de la protección social de colombia. Guía de atención de la hipertensión arterial. Colombia – 2011.
19. Gómez, Nelly. Investigación sobre “factores de riesgo cardiovascular modificables sobre hipertensión arterial sistémica en los usuarios de evaluación pre empleo de la unidad médica de la dirección ejecutiva del tribunal suprema de justicia”. Venezuela. Universidad central de venezuela. 2007.
20. Berrios c. Jadue. Prevención primaria de enfermedades crónicas del adulto: intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. En revista de chile, 1999.
21. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. . Resolución ministerial n° 491-2009/Minsa, Lima – 2009.
22. Guía técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial. México – 2002.
23. Reverte, Moreno, Ferreira em. Sistema nacional de salud. Hipertensión arterial: 1998.
24. Moliner ramón, Domínguez Manuel, Gonzales maría concepción, et al. Hipertensión arterial. Lima – 2004.

25. Guías clínicas geronto geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor.
26. Eslava c. Juan Carlos. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. En revista salud pública.2002.
27. Medina Lezama, Josefina. “Hipertensión Arterial Aspectos epidemiológicos y hemodinámicos”. En Revista Peruana de Cardiología. Vol. 36 N° 1.2012.pp. 23-26.
28. Huerta Robles, Benjamín. “Factores de riesgo para la hipertensión arterial”. En Revista de Cardiología de México.2001.p.30, p.35-38
29. Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón.2008.
30. Ministerio de Salud Perú. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención. Lima – 2009.
31. Ramiro A. Sánchez. “Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial”. En Revista Chilena de Cardiología.2010.Vol. 29. N° 1. P. 12, P 15.
32. Ministerio de Salud Perú. “Guía de Práctica Clínica para la prevención y control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención”. En Guía Técnica del MINSA - 2009.
33. Torales Ibáñez, Juan. “Hipertensión Arterial Aspectos etiológicos y fisiopatología”. En Revista Peruana de Cardiología. 2011. Vol. 36 N° 1.pp. 45-52.

34. Maicas Bellido, Lázaro Fernández, Alcalá López, et al. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. 2003.
35. Ministerio de la protección social de Colombia. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. Colombia – 2014.
36. Nelly. Investigación sobre “Factores de riesgo cardiovascular modificables sobre hipertensión arterial sistémica en los usuarios de evaluación pre empleo de la unidad médica de la Dirección Ejecutiva del Tribunal supremo de Justicia”. [Tesis de licenciatura]. Venezuela. Universidad Central de Venezuela - 2007.
37. Berrios C. Jadue. Prevención primaria de enfermedades crónicas del adulto: Intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. En Revista de Chile - 1999.
38. (42) Rol de enfermería frente a la prevención de Hipertensión arterial en adultos. <http://www.unap.pe/enfermeria/enfermeria05/resumen0612.html>, Lima - 2013.
39. (43) Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos y promover una vida sana. En informe sobre la salud en el mundo. Ginebra - 2002
40. (44) Fanny Cisneros, G. Teorías y modelos de enfermería, Nola Pender, Colombia, 2005.
41. (45) Fanny Cisneros, G. Introducción a los modelos de enfermería, Madeleine Leininger, Colombia, 2002.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los factores no modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016? ¿Cuáles son los factores modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016? ¿Cuáles son las estrategias que disminuyen el desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.</p> <p>Objetivo específico Identificar los factores no modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016. Identificar los factores modificables que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016. Identificar las estrategias que disminuyen el desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016.</p>	<p>H₁ = Los factores si contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.</p> <p>H₀ = Los factores no contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.</p>	<p>Variable Independiente = Factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo – 2016</p> <p>Variable dependiente = Hipertensión arterial en adultos del centro de salud Las Pampas, Chiclayo - 2016.</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores relacionados	<p>Factores no modificables</p> <p>Factores modificables</p> <p>Estrategias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad y sexo 2. Raza 3. Herencia 4. Antecedentes patológicos HTA 1. Consumo de tabaco 2. Consumo de grasas 3. Obesidad 4. Estrés 5. Consumo de alcohol 6. Ingesta de sodio 7. Actividad física 8. Medidas de prevención 9. Mejoras de calidad de vida
Hipertensión arterial	<p>Signos de alerta</p> <p>Tratamiento</p> <p>Consecuencias</p>	<p>Edad</p> <p>Estilos de vida Naturales Farmacológicos</p> <p>Enfermedades adversas</p>

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente estudio es de tipo cuantitativo, de nivel y diseño descriptivo correlacional, por la capacidad de seleccionar las características del objeto de estudio para luego hacer una descripción detallada de las categorías o clases de dicho objeto, descriptivo porque describe tal como se dan las situaciones que se presentan en la situación problemática; es correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal ya que se hizo en un determinado momento de tiempo y por número de variables es bivariable.</p>	<p>Población La población total del estudio estuvo conformada por 86 adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, se ha podido evidenciar que en su mayoría son mujeres y de edad comprendida aproximadamente está entre los 30 y 59 años de edad.</p> <p>Muestra La muestra es censal poblacional, donde se selecciona el total de las unidades de población, la cual posee una característica en común, que estudia y da origen a los datos que requiere la investigación.</p> <p>Criterio de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas. • Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, entre 30 y 59 años. • Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, entre 30 y 59 años, que deseen participar en la investigación. <p>Criterios de Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos con hipertensión arterial que no acuden al centro de salud Las Palmas. • Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, menor de 30 y mayores de 59 años. • Adultos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud Las Palmas, entre 30 y 59 años, que no deseen participar en la investigación. 	<p>La técnica empleada en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de 21 ítems, introducción datos generales, selección de información específica que explora las variables en investigación.</p>	<p>La validez hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada; la validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, participaron 7 profesionales de enfermería con experiencia en las variables a investigar.</p> <p>Para la confiabilidad se utilizó la prueba de alfa de Crombach obteniéndose como valor 0.80, por lo que se concluye que el instrumento es válido y confiable.</p> <p>La recolección de datos se llevó a cabo en el centro de salud Las Palmas, previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización respectiva del médico jefe, a quien se le remitió una carta de presentación emitida por la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, la Dra. Fernanda Gallegos. El instrumento será aplicado aproximadamente en 20 minutos por cada encuestado.</p> <p>Los datos recolectados se tabularon manualmente mediante el programa estadístico SPSS 21, para que puedan ser presentados a través de tablas y gráficos con sus respectivos análisis.</p>



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

Encuesta

Buenos Días señores soy el estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. En esta oportunidad me dirijo ante usted para realizar una encuesta acerca de los factores que contribuyen al desarrollo de la Hipertensión arterial. Por lo cual solicito a usted responda las siguientes preguntas que se han formulado, que será de manera anónima.

Datos

- ❖ Edad :
- ❖ Sexo :
- ❖ Ocupación :
- ❖ Grado educativo:

1. **Tienes antecedentes familiares que padecen de presión arterial alta.**
SI___ NO___
2. **Es necesario controlarse la presión arterial.**
SI___ NO___
3. **Controlas tu peso.**
SI___ NO___
4. **El personal de salud le ha informado de la importancia que tiene controlarse el peso.**
SI___ NO___
5. **La obesidad es el factor causal más importante de la presión arterial alta.**
SI___ NO___
6. **Consideras que el abdomen voluminoso es un factor predominante para una presión arterial alta.**
SI___ NO___
7. **La diabetes es un factor de riesgo asociado a la presión arterial alta**
SI___ NO___

8. En el presente año se ha realizado examen de glucosa.
SI___ NO___
9. En el presente año se ha realizado examen de colesterol.
SI___ NO___
10. Consumes alimentos con exceso de sal.
SI___ NO___
11. Considera que el consumo en exceso de sal un factor de riesgo para la hipertensión arterial alta.
SI___ NO___
12. Consumes frituras.
SI___ NO___
13. Consume alimentos que contenga grasa (Hamburguesas, carne de cerdo, mantequilla, otros).
SI___ NO___
14. Fuma cigarrillos
SI___ NO___
15. Consumes bebidas alcohólicas.
SI___ NO___
16. Realizas actividades físicas como deportes u otra actividad.
SI___ NO___
17. El personal de salud le ha recomendado alguna vez hacer actividad física.
SI___ NO___
18. La carga laboral es un factor predominante para una presión arterial alta.
SI___ NO___
19. Se lleva bien con toda su familia.
SI___ NO___
20. Duerme 8 horas completas.
SI___ NO___
21. Pasa mucho tiempo mirando televisión.
SI___ NO___

GRACIAS POR SU COLABORACION