



TESIS

**“FACTORES RELACIONADOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS
DEL CENTRO MEDICO VIRGEN DEL CARMEN, VILLA EL SALVADOR - 2014”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**PRESENTADA POR
GALARZA ROMERO LORENS IBETH**

**ASESORA
Mg. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

LIMA, PERU 2018

**“FACTORES RELACIONADOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS
DEL CENTRO MEDICO VIRGEN DEL CARMEN, VILLA EL SALVADOR - 2014”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 270 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 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,933.

CONCLUSIONES:

Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, son los Factores No Modificables los que tienen mayor incidencia, teniendo que: a veces controlan sus niveles de colesterol, a veces controlan su peso, a veces controlan su presión arterial, si tienen familiares que padecen de presión arterial. Los Factores Modificables, teniendo que: A veces consumen lácteos, a veces consumen huevos, carne y pescado, a veces realiza actividad física, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas. Si utiliza cubitos o sazón para cocinar.

PALABRAS CLAVES: *Factores relacionados con hipertensión arterial en adultos, factores no modificables, factores modificables.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the factors related to arterial hypertension in adults of the Medical Center Virgen del Carmen, Villa El Salvador - 2014. It is a transversal descriptive investigation, we worked with a sample of 270 adults, for the collection of the information a Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment, obtaining a value of 0.86; Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of 0.933.

CONCLUSIONS:

The factors related to arterial hypertension in adults of the Virgen del Carmen Medical Center, Villa El Salvador, are the Non-Modifiable Factors that have the highest incidence, having that: sometimes they control their cholesterol levels, sometimes they control their weight, sometimes they control your blood pressure, if you have relatives who suffer from blood pressure. The Modifiable Factors, having to: Sometimes consume dairy products, sometimes consume eggs, meat and fish, sometimes perform physical activity, sometimes smoke and consume alcoholic beverages. If you use ice cubes or seasoning to cook.

KEYWORDS: *Factors related to hypertension in adults, non-modifiable factors, modifiable factors.*

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudios	4
1.5. Limitaciones	5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	40
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables	41
2.5.1. Definición conceptual de las variables	41
2.5.2. Definición operacional de las variables	41
2.5.3. Operacionalización de la variable	42

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	45
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	46
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	46
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	47
CAPÍTULO V: DISCUSION	50
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las enfermedades silenciosas en nuestra sociedad, también constituye una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo, afectando órganos como el corazón, piel, riñones; desencadenando enfermedades como insuficiencia renal, infartos, diabetes, entre otras. Esta enfermedad se presenta principalmente en adultos mayores de 40 años, ya que a lo largo de su vida han desarrollado diversos hábitos y estilos de vida, como ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, grasas, consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo, obesidad.

Los factores que se relacionan con esta enfermedad pueden o no ser sometidos a cambios por lo que es necesario realizar diversos estudios y controles para controlarlo de la mejor manera. Es primordial considerar la interacción entre los factores de riesgo para valorar el riesgo absoluto e individual en un plazo de tiempo determinado así como para modificarlos eficazmente.

Cabe resaltar la importancia de los profesionales de Enfermería en el ámbito comunitario, ya que contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado, en el marco de la promoción y prevención de la salud, se enfatizan principalmente las actividades específicas para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo. Es así que dentro de la formación del profesional de enfermería, también se incluya otros perfiles dentro de los cuales la prevención y la promoción de la salud cumplen un papel preponderante, ya que con ello se evitarían los altos costos de vida que por enfermedades crónicas no transmisibles se presenten.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión arterial es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por la elevación persistente de la tensión arterial sistólica, diastólica o ambas cifras; definición sólo aplicable a adultos; la misma es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo por lo que se considera uno de los mayores problemas de salud pública. A escala mundial se estima que causa 7,5 millones de muertes lo que supone el 12,8% del total de las defunciones. Esto representa 57 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) o 3,7% de los AVAD totales.⁽¹⁾

Según el informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud destacan la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, como obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud 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 diferentes países y en diferentes regiones de países. En nuestro país, el Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática, afirman que las principales causas de mortalidad por sexo en el departamento de Lima en el año 2010 fueron las enfermedades respiratorias, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas.

La hipertensión arterial representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y enfermedad cerebro vascular. A partir de la quinta o sexta década de la vida, la hipertensión arterial adopta formas y obedece a causas diferentes a las del niño o a las del adulto joven. En este caso, la presión arterial sistólica aumenta (> 140 mmHg) y la diastólica se mantiene o disminuye (< 90 mmHg) y se incrementa la presión diferencial.

Considerando lo mencionado es importante reconocer los factores relacionados con la Hipertensión Arterial, ya que esta enfermedad es una de las causas de mortalidad en nuestro país, lo cual permitirá obtener datos verdaderos y actuales sobre los principales factores relacionados en los adultos, encaminándonos a mejorar el estilo de vida y los efectos negativos que provoca esta enfermedad. Cabe resaltar que estos factores en su mayoría se encuentran presentes en la etapa de vida del adulto que abarca desde los 30 años hasta los 59 años de edad.

Durante las campañas de salud en el centro de médico "Virgen del Carmen" se observó la presencia de los signos y síntomas de esta enfermedad en la etapa adulta donde posiblemente se desarrollan inadecuados estilos de vida, que al pasar de los años se desentendería en hipertensión arterial. Todo ello se observó durante la realización de las campañas de salud Control de la Presión Arterial, donde se detectó pacientes que desarrollan

varios factores relacionados predisponiéndolos a padecer de Hipertensión Arterial en años posteriores y nos formulamos lo siguiente:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador - 2014?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS:

¿Cuáles son los factores no modificables relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador - 2014?

¿Cuáles son los factores modificables relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador - 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar los factores no modificables relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.

Identificar los factores modificables relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

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 como indicador los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.

Esta investigación será de gran aporte a los profesionales de enfermería, ya que son ellos quienes proporcionan la información necesaria para la salud, ejecutan y promueven las mejoras continuas en planes y proyectos que permitan brindarles a las personas una calidad de vida en base a la prevención y tratamiento oportuno de enfermedades. El personal de enfermería como agente transmisor de salud tiene la responsabilidad de analizar, fijar conocimientos y acciones que promueven los cuidados, prevención y control de adultos con hipertensión arterial.

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

- Poco tiempo para aplicar el cuestionario, ya que en algunos casos no disponían de tiempo para realizar las encuestas.
- La distancia desde mi centro laboral hasta el lugar de la investigación.
- La falta de cooperación de algunos participantes.

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 semi estructuradas 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. ⁽²⁾

FLORES GARCIA, Bertha Alicia, GOMEZ OROZCO, Lirio del Carmen; Realizaron la investigación titulada “Capacidad de Agencia de autocuidado en Pacientes con hipertensión arterial, Veracruz – México, 2008. El objetivo del presente estudio es identificar las capacidades de agencias de autocuidado de pacientes con Hipertensión arterial. Este estudio descriptivo y transversal, tuvo como objetivo identificar las capacidades de agencia de autocuidado en 136 pacientes con Hipertensión Arterial seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicó la escala “

Valoración de capacidades de agencia de autocuidado”(Orem 1991). Los resultados nos muestran que predominó el sexo femenino con un 80.01%, la edad promedio es de 56.5 años, el 69.2% reportó baja escolaridad e ingresos económicos. Las capacidades de agencia de autocuidado de los pacientes fue muy buena en un 57.4%, y buenas en 42.6%, sin embargo las capacidades en el mantenimiento de consumo de alimento suficiente y equilibrio entre soledad e interacción social se encontraron muy bajas y bajas, esta última calificación también fue obtenida en el funcionamiento y desarrollo personal. ⁽³⁾

ABAD ALEMAN, 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. ⁽⁴⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

CRUZADO HERNANDEZ, Kattia Vanessa, MENDOZA VASQUEZ, Sandra Lisset; Realizaron un estudio titulado “Nivel de información y autoconocimiento del Policía adulto maduro con hipertensión arterial en comisarías del Distrito de Trujillo”. Lima – 2014, El presente estudio es tipo cuantitativo, descriptivo con diseño correlacional y por el fin que persigue Básica, se realizó en las comisarías del Distrito de Trujillo; durante el mes de Enero del 2014, con el propósito de determinar la relación que existe entre el nivel de información y nivel de autocuidado del policía adulto maduro con hipertensión arterial. La muestra estuvo conformada por 55 policías adultos maduros con hipertensión arterial de las comisarías del distrito de Trujillo. La información se obtuvo a través de los instrumentos: Test para evaluar el nivel de información y nivel de autocuidado. Los resultados fueron procesados, analizados y presentados en tablas y gráficos estadísticos. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba estadística Pearson de independencia de criterios, se llegó a las siguientes conclusiones: El mayor porcentaje de policías adultos maduros con hipertensión arterial estudiados, presentaron un nivel de información bueno con un 62% y en menor porcentaje presentaron un nivel de información regular con un 38%. El mayor porcentaje de policías adultos maduros con hipertensión arterial presentaron un nivel de autocuidado alto con un 54.5%, y en menor porcentaje presentaron un nivel de autocuidado regular con un

45.5%. No Existe relación significativa entre el Nivel de Información y el Nivel de Autocuidado del Policía adulto Maduro con hipertensión Arterial, es un factor que no condiciona. ($p > 0.05$).⁽⁵⁾

ARANA LAGOS, Katya, Realizo el estudio titulado “Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de atención del adulto mayor” Lima – 2014. Tiene como objetivo determinar la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “TAYTA WASI” e identificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado, antes y después de la aplicación de la estrategia educativa. El estudio es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño metodológico o método de estudio cuasi experimental. La población estuvo conformada por 44 adultos mayores y la muestra fue de 30. Los resultados fueron que de los 30 adultos mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) adultos mayores un nivel medio y 2 (6,7%) adultos mayores con un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%) adultos mayores un nivel medio y nadie presentó un nivel bajo. Por lo que se concluye que se acepta la hipótesis de estudio: Es efectiva la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el incremento de conocimiento del autocuidado en adultos mayores hipertensos.⁽⁶⁾

MAGUIÑA DURAN, Pamela Katherine; Realizo el estudio titulado, “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, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que predisponen a Hipertensión Arterial en las personas adultas que acuden al Servicio de Triage del Centro de Salud “Max Arias Schreiber”. La muestra estuvo conformada por 80 personas adultas, la técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se aplicó un cuestionario, concluyendo que los factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en los adultos usuarios en dicho Centro de Salud, se encuentran presentes en la población de estudio. 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 consumo excesivo de sal y presencia de estrés. Los factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial prevalentemente son los antecedentes familiares de HTA y de obesidad. Se concluyó que la población estudiada en su totalidad presentan los factores de riesgo modificables, los cuales fueron mencionados en el párrafo anterior. Esto sugiere desarrollar en el centro de salud, estrategias y actividades dirigidos a la promoción y prevención de la salud; como la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que predisponen a HTA y su prevención; de esta manera se logrará un mejor control de estos factores y se contribuirá para mejorar la calidad de vida de las personas. ⁽⁷⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

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. ⁽⁸⁾ 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). ⁽⁹⁾ 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. ⁽¹⁰⁾ 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 HIPERTENCION 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. ⁽¹¹⁾

- **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. ⁽¹²⁾ 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 160 – 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. ⁽¹³⁾ 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. ⁽¹⁴⁾

2. Hacerle conocer al paciente el momento en el que se consiga 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.

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: ⁽¹⁵⁾

- 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. ⁽¹⁶⁾ 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. ⁽¹⁷⁾ 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. ⁽¹⁸⁾ 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. ⁽¹⁹⁾

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. ⁽²⁰⁾

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. ⁽²¹⁾

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 ($\leq 25\%$ 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. ⁽²²⁾

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

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. ⁽²³⁾ 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: ⁽²⁴⁾

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 ≥ 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. ⁽²⁵⁾ 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: ⁽²⁶⁾

- ❖ 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. ⁽²⁷⁾

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.

ELECCIÓN DEL ANTIHIPERTENSIVO

Se mencionan las características sobresalientes de los fármacos recomendados para el primer nivel de atención de la H.A. La Sociedad Europea de Hipertensión establece que en los hipertensos estadios 1 y 2 el tratamiento farmacológico puede iniciarse con cualquiera de los siguientes medicamentos, a las dosis mínimas recomendadas: ⁽²⁸⁾

- ❖ Diuréticos (D).
- ❖ Bloqueantes beta-adrenérgicos (BB).
- ❖ Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).
- ❖ Bloqueantes de los canales del calcio (BC).
- ❖ Antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA)

El JNC-VII (12) recomienda, si no hay indicaciones para otro fármaco, iniciar el tratamiento en el estadio 1 con diuréticos tiazídicos

ya que estos medicamentos han demostrado ser capaces de reducir la morbimortalidad cardiovascular en estudios clínicos controlados, prolongados y con gran número de pacientes. ⁽²⁹⁾

Los resultados finales del "Estudio del Tratamiento de la Hipertensión Leve" (TOMHS = Treatment of Mild Hypertension Study) muestran que, como régimen inicial el tratamiento farmacológico en combinación con las medidas higiénico dietéticas fue más efectivo en la prevención de eventos cardiovasculares, y de otras causas, que los cambios en el estilo de vida solos y que fueron mínimas las diferencias entre los grupos asignados a diferentes drogas (placebo, clortalidona, acebutolol, doxazosina, amlodipina y enalapril).

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. ⁽³⁰⁾

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 FACTORES RELACIONADOS CON 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. ⁽³¹⁾

❖ 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. ⁽³²⁾

❖ **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. ⁽³³⁾

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: ⁽³⁴⁾

❖ **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. ⁽³⁵⁾

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. ⁽³⁶⁾

❖ **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). ⁽³⁷⁾

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 esfigomanómetros 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.⁽³⁸⁾

❖ **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 cardiacas, 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 cardiaca y catecolaminas.⁽³⁹⁾

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.⁽⁴⁰⁾

❖ **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.⁽⁴¹⁾

2.2.5 CONSECUENCIAS DE LA 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.⁽⁴²⁾

Los principales factores son edad obesidad el habito 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. ⁽⁴³⁾

- 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 CARDIACAS

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:

(44)

- 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: ⁽⁴⁵⁾

- 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.

2.2.6 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”.⁽⁴⁶⁾ 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. ⁽⁴⁷⁾ 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.

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.). ⁽⁴⁹⁾

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, ⁽⁵⁰⁾ 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. ⁽⁵¹⁾ 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.

2.2.7 TEORIA DE ENFERMERIA: 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. ⁽⁵²⁾

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. ⁽⁵³⁾ 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. ⁽⁵⁴⁾ 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.

2.2.8 TEORIA DE ENFERMERIA: MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. Fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en Antropología Cultural y Social. ⁽⁵⁵⁾

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. ⁽⁵⁶⁾

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, se relaciona esta teoría con el tema a investigar, ya que busca determinar los factores relacionados con la hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

HIPERTENSION 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 la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

FACTORES RELACIONADOS

Un factor relacionado es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores relacionados más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

FACTOR MODIFICABLE

Características o condiciones de riesgo de generar HTA que se puede intervenir y cambiar, ya que se encuentren 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.

ETAPA 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

Hp. Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014, tienen relación significativa.

Ho. Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014, no tienen relación significativa.

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

✚ FACTORES RELACIONADOS

Un factor relacionado es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

✚ HIPERTENSION ARTERIAL

Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica.

2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

✚ FACTORES RELACIONADOS

Factores no modificables y modificables relacionados con cualquier rasgo, característica o exposición de adulto que aumente su probabilidad de sufrir un cuadro de hipertensión arterial.

✚ HIPERTENSION ARTERIAL

Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica.

2.5.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Indicadores
Hipertensión arterial	<p>Signos de alerta</p> <p>Tratamiento</p> <p>Consecuencias</p>	<p>Edad</p> <p>Estilos de vida</p> <p>Naturales</p> <p>Farmacológicos</p> <p>Enfermedades adversas</p> <p>1. Edad y sexo</p> <p>2. Raza</p>

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo no experimental y nivel descriptivo –Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación., de corte transversal y por número de variables es univariable.

3.2 DESCRIPCION DEL AMBITO DE INVESTIGACION

El presente proyecto de investigación se lleva a cabo en el Centro de Salud “Virgen de Carmen”, ubicada en la Av. Cesar Vallejo ST. 6 Gr. 6. Mz. J Lt. 11, frente al colegio Príncipe de Asturias, en el Distrito de Villa El Salvador, 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 Médico 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 domingos las 24 horas

3.3. POBLACION Y MUESTRA

El presente estudio tiene como población a los usuarios adultos varones y mujeres desde los 30 años hasta los 59 años de edad que asistieron al centro médico Virgen del Carmen. La población fue un total de 270 adultos al mes, los cuales acuden al Centro Médico, y luego pasan a los respectivos consultorios para su respectiva atención, quienes provienen de los diferentes puntos de la jurisdicción del centro de médico.

La muestra fue determinada mediante el muestreo probabilístico considerando los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión:

- + Adultos entre 30 a 59 años.
- + Adultos que asisten regularmente al Centro Medico Virgen del Carmen.
- + Adultos con hipertensión arterial que asisten al Centro Medico Virgen del Carmen.
- + Adultos que sin discapacidad mental que asisten al Centro Medico Virgen del Carmen.

Criterio de Exclusión:

- + Adultos entre 30 a 59 años.
- + Adultos que asisten regularmente al Centro Medico Virgen del Carmen.
- + Adultos con hipertensión arterial que asisten al Centro Medico Virgen del Carmen.
- + Adultos que sin discapacidad mental que asisten al Centro Medico Virgen del Carmen.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se utiliza para la recolección de datos es la encuesta, como técnica la entrevista, que permite obtener información de fuente directa a través de ítems para identificar los factores relacionados con

hipertensión arterial en adultos del Centro Medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.

Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes y el contenido; con 42 ítems, con preguntas cerradas entre dicotómicas y de opción múltiple así como también preguntas abiertas, que corresponde a las siguientes dimensiones: Factores no modificables y modificables.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se verifico con el Juicio de Expertos que fue conformado por 4 Licenciadas en Enfermería con experiencia en el área de prevención. Para determinar la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto, a la cual se le aplico la prueba estadística alpha de Cronbach para medir su verosimilitud de los resultados, obteniendo como resultado 0.80.

3.6 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

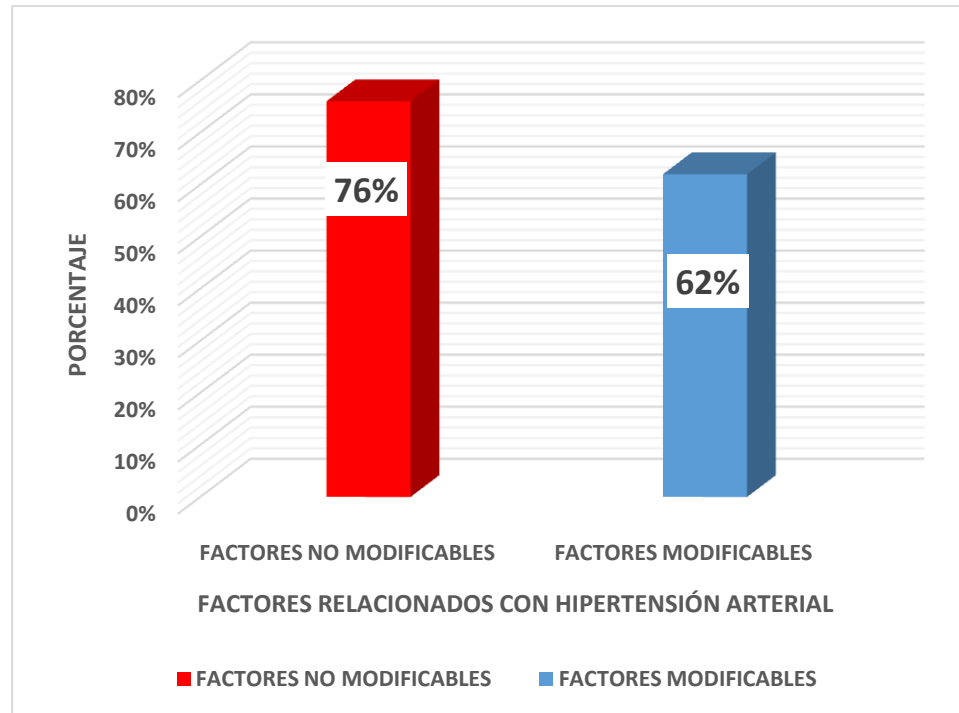
Para la recolección de datos se coordinó y realizó los trámites administrativos correspondientes mediante una carta de presentación a la autoridad máxima del Centro de Salud Virgen del Carmen, posteriormente se determinó el día de la aplicación del instrumento, con el consentimiento informado se procede a dar las indicaciones y entregar los instrumentos. El tiempo que demandó resolver el cuestionario fue aproximadamente de 15 a 20 minutos.

La recolección de datos se inició en el mes de Junio a agosto 2014 durante los días de asistencia a los consultorios. Los datos se procesarán a través de una tabla Matriz y Hoja de Codificación utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 17.0 y el programa Excel 2013, para la presentación de datos en tablas y gráficos para su correspondiente análisis e interpretación.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICA 1

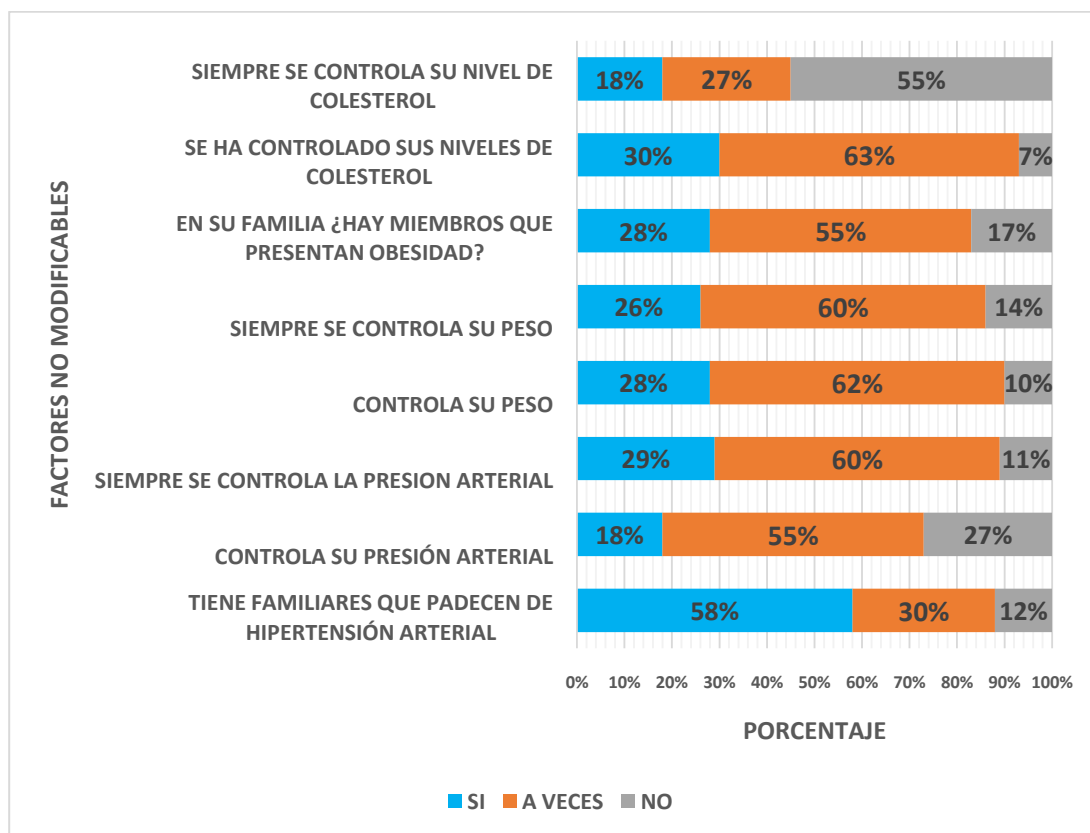
DETERMINAR LOS FACTORES RELACIONADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO MEDICO VIRGEN DEL CARMEN, VILLA EL SALVADOR – 2014.



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 1: Según los resultados presentados en la Grafica 1, los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, son los Factores No Modificables los que tienen mayor incidencia en un 76%, teniendo que a veces controlan sus niveles de colesterol 63%, a veces controlan su peso 62%, a veces controlan su presión arterial 62%, si tienen familiares que padecen de presión arterial 58%. y los Factores Modificables en un 62%, teniendo que: A veces consumen lácteos 63%, a veces consumen huevos, carne y pescado 62%, a veces realiza actividad física 60%, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas 55%. Si utiliza cubitos o sazónador para cocinar 60%.

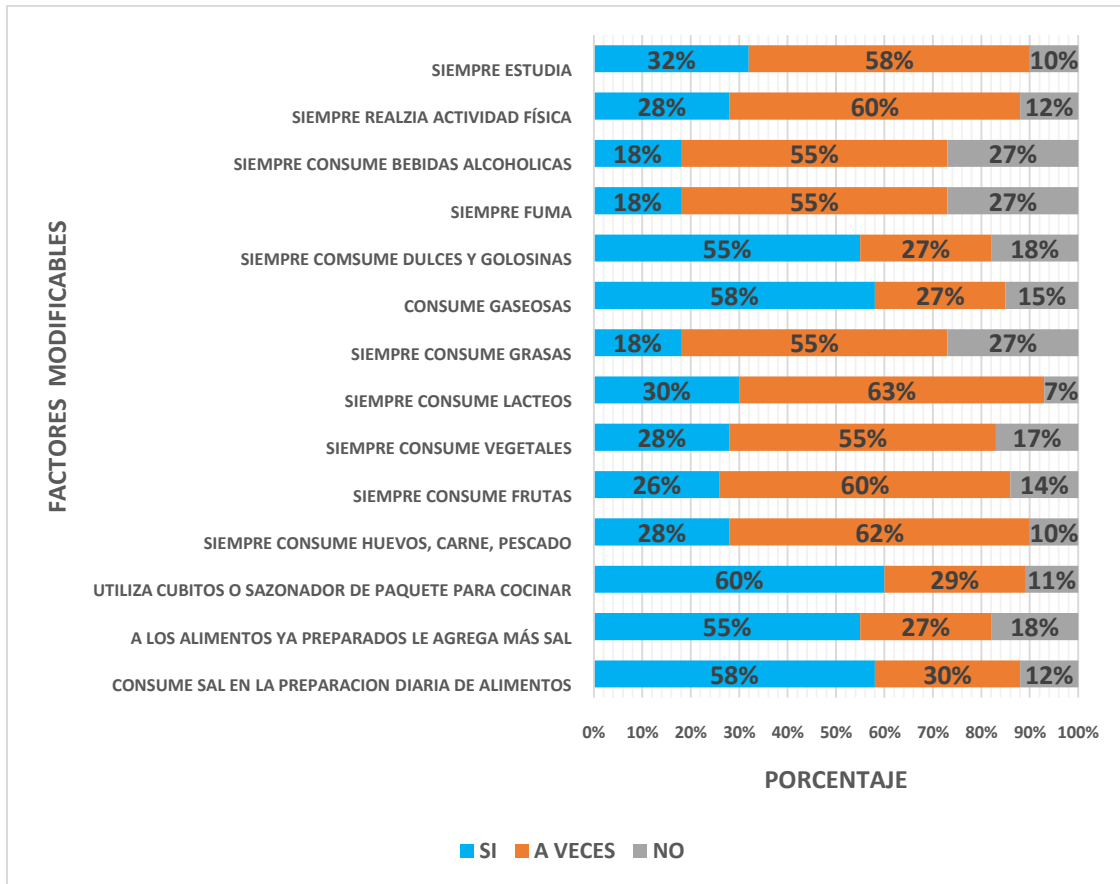
GRAFICA 2

IDENTIFICAR LOS FACTORES NO MODIFICABLES RELACIONADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO MEDICO VIRGEN DEL CARMEN, VILLA EL SALVADOR – 2014.



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 2: Según los resultados presentados en la Grafica 2, los Factores No Modificables, relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, de acuerdo a las respuestas presentadas por los usuarios adultos de 30 hasta 59 años son: A veces controlan sus niveles de colesterol 63%, a veces controlan su peso 62%, a veces controlan su presión arterial 62%, si tienen familiares que padecen de presión arterial 58%.

GRAFICA 3
IDENTIFICAR LOS FACTORES MODIFICABLES RELACIONADOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO MEDICO
VIRGEN DEL CARMEN, VILLA EL SALVADOR – 2014.



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 3: Según los resultados presentados en la Grafica 3, los Factores Modificables, relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, de acuerdo a las respuestas presentadas por los usuarios adultos de 30 hasta 59 años son: A veces consumen lácteos 63%, a veces consumen huevos, carne y pescado 62%, a veces realiza actividad física 60%, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas 55%. Si utiliza cubitos o sazónador para cocinar 60%, consume gaseosas 58%, consume sal en la preparación diaria de alimentos 55%, a los alimentos ya preparados le agrega sal 55%, consume dulces y golosinas 55%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, son los Factores No Modificables los que tienen mayor incidencia en un 76%, teniendo que a veces controlan sus niveles de colesterol 63%, a veces controlan su peso 62%, a veces controlan su presión arterial 62%, si tienen familiares que padecen de presión arterial 58%. y los Factores Modificables en un 62%, teniendo que: A veces consumen lácteos 63%, a veces consumen huevos, carne y pescado 62%, a veces realiza actividad física 60%, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas 55%. Si utiliza cubitos o sazón para cocinar 60%. Coincidiendo con RODRIGUEZ, (2010). 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. Coincidiendo además con CRUZADO y MENDOZA (2014), llegó a las siguientes conclusiones: El mayor porcentaje de policías adultos maduros con hipertensión arterial estudiados, presentaron un nivel de información bueno con un 62% y en menor porcentaje presentaron un nivel de información regular con un 38%.El mayor

porcentaje de policías adultos maduros con hipertensión arterial presentaron un nivel de autocuidado alto con un 54.5%, y en menor porcentaje presentaron un nivel de autocuidado regular con un 45.5%. No Existe relación significativa entre el Nivel de Información y el Nivel de Autocuidado del Policía adulto Maduro con hipertensión Arterial, es un factor que no condiciona. ($p > 0.05$).

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, son los Factores No Modificables los que tienen mayor incidencia en un 76%, teniendo que a veces controlan sus niveles de colesterol 63%, a veces controlan su peso 62%, a veces controlan su presión arterial 62%, si tienen familiares que padecen de presión arterial 58%. y los Factores Modificables en un 62%, teniendo que: A veces consumen lácteos 63%, a veces consumen huevos, carne y pescado 62%, a veces realiza actividad física 60%, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas 55%. Si utiliza cubitos o sazón para cocinar 60%. Coincidiendo con FLORES, GOMEZ (2008). El objetivo del presente estudio es identificar las capacidades de agencias de autocuidado de pacientes con Hipertensión arterial. Este estudio descriptivo y transversal, tuvo como objetivo identificar las capacidades de agencia de autocuidado en 136 pacientes con Hipertensión Arterial seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicó la escala “ Valoración de capacidades de agencia de autocuidado”(Orem 1991). Los resultados nos muestran que predominó el sexo femenino con un 80.01%, la edad promedio es de 56.5 años, el 69.2% reportó baja escolaridad e ingresos económicos. Las capacidades de agencia de autocuidado de los pacientes fue muy buena en un 57.4%, y buenas en 42.6%, sin embargo las capacidades en el mantenimiento de consumo de alimento suficiente y equilibrio entre soledad e interacción social se encontraron muy bajas y bajas, esta última calificación también fue obtenida en el funcionamiento y desarrollo personal. Coincidiendo además con ARANA (2014) Los resultados fueron que de los 30 adultos mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) adultos mayores presentaron un

nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) adultos mayores un nivel medio y 2 (6,7%) adultos mayores con un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%) adultos mayores un nivel medio y nadie presentó un nivel bajo. Por lo que se concluye que se acepta la hipótesis de estudio: Es efectiva la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” en el incremento de conocimiento del autocuidado en adultos mayores hipertensos.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Los Factores Modificables, relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, de acuerdo a las respuestas presentadas por los usuarios adultos de 30 hasta 59 años son: A veces consumen lácteos 63%, a veces consumen huevos, carne y pescado 62%, a veces realiza actividad física 60%, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas 55%. Si utiliza cubitos o sazónador para cocinar 60%, consume gaseosas 58%, consume sal en la preparación diaria de alimentos 55%, a los alimentos ya preparados le agrega sal 55%, consume dulces y golosinas 55%. Coincidiendo con ABAD; ARAUJO; GARCIA (2013). 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. Coincidiendo además con MAGUIÑA (2013) concluyó que la población estudiada en su totalidad presentan los factores de riesgo modificables, los cuales fueron mencionados en el párrafo anterior. Esto sugiere desarrollar en el centro de salud, estrategias y actividades dirigidos a la promoción y prevención de la salud; como la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que predisponen a HTA y su prevención; de esta manera se logrará un mejor control de estos factores y se contribuirá para mejorar la calidad de vida de las personas.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, son los Factores No Modificables los que tienen mayor incidencia, teniendo que: a veces controlan sus niveles de colesterol, a veces controlan su peso, a veces controlan su presión arterial, si tienen familiares que padecen de presión arterial. Los Factores Modificables, teniendo que: A veces consumen lácteos, a veces consumen huevos, carne y pescado, a veces realiza actividad física, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas. Si utiliza cubitos o sazónador para cocinar.

SEGUNDO

Los Factores No Modificables, relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, de acuerdo a las respuestas presentadas por los usuarios adultos de 30 hasta 59 años son: A veces controlan sus niveles de colesterol, a veces controlan su peso, a veces controlan su presión arterial, si tienen familiares que padecen de presión arterial.

TERCERO

Los Factores Modificables, relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, de acuerdo a las respuestas presentadas por los usuarios adultos de 30 hasta 59 años son: A veces consumen lácteos, a veces consumen huevos, carne y pescado, a veces realiza actividad física, a veces fuma y consume bebidas alcohólicas. Si utiliza cubitos o sazónador para cocinar, consume gaseosas, consume sal en la preparación diaria de alimentos, a los alimentos ya preparados le agrega sal, consume dulces y golosinas.

RECOMENDACIONES

Desarrollar en el Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, estrategias y actividades relacionadas a programas preventivo-promocionales, dirigidos a los estilos de vida saludable; como la implementación de una intervención educativa sobre los factores de riesgo que predisponen la Hipertensión Arterial y su prevención; de esta manera se logrará un mejor control de estos factores y contribuir hacia la calidad de vida de las personas adultas.

Fortalecer en el Centro Médico Virgen del Carmen, Villa El Salvador, la motivación de la población hacia la práctica de estilos de vida saludable y así, poder promover la participación en su cuidado.

Establecer un plan de trabajo con los adultos mayores hipertensos, que tienen a su cargo especialmente dándoles a conocer sobre la hipertensión arterial sus causas, signos y síntomas, clasificación, medición la tensión arterial, complicaciones, entre otros puntos y practica de autocuidado referido a su: alimentación, actividad física, cumplimiento de tratamiento farmacológico, evitar: el sedentarismo, los hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco. Tensión y estrés.

Realizar visitas domiciliarias al adulto mayor hipertenso que, se les capacite para verificar si aplican las prácticas de autocuidado, y si no las realizan, motivar a los familiares sobre la importancia de su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos y promover una vida sana. En informe sobre la salud en el mundo. Ginebra .2002.
- (2) Rodríguez, Juan Manuel; “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.
- (3) Flores García, Bertha Alicia, Gómez Orozco, Lirio Del Carmen, “Capacidad de Agencia de autocuidado en Pacientes con hipertensión arterial, Veracruz – México, 2008.
- (4) Abad Alemán, Nataly Maria; Araujo Flores, Verónica Gabriela; García Valdez, Isabel Susana; “Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados en adultos, Centro de Salud Nro., 1 del Cantón Cañar”. Ecuador - 2013.
- (5) Cruzado Hernández, Kattia Vanessa, Mendoza Vásquez, Sandra Lisset; “Nivel de información y autoconocimiento del Policía adulto maduro con hipertensión arterial en comisarías del Distrito de Trujillo”. Lima – 2014.
- (6) Arana Lagos, Katya, “Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de atención del adulto mayor” Lima – 2014.
- (7) 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.
- (8)(9)(10) Medina Lezama, Josefina. “Hipertensión Arterial Aspectos

epidemiológicos y hemodinámicos”. En Revista Peruana de Cardiología. Vol. 36 N° 1.2012.pp. 23-26.

(11)(12)(13)(24) Huerta Robles, Benjamín. “Factores de riesgo para la hipertensión arterial”. En Revista de Cardiología de México.2001.p.30, p.35-38

(14)(15)(16)(20) Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón.2008.

(17)(18)(19)(21) Ministerio de Salud Perú. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención.2009.En:http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUI ASPRACTICAS/2009/RM491_2009.pdf

(22)(23)(25) Ramiro A. Sánchez. “Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial”. En Revista Chilena de Cardiología.2010.Vol. 29. N° 1. P. 12, P 15.

(26)(27)(28) MINISTERIO DE SALUD PERU. “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. N°491. pp. 10-13.

(29)(30)(32)(38) TORALES Ibáñez, Juan. “Hipertensión Arterial Aspectos etiológicos y fisiopatología”. En Revista Peruana de Cardiología. 2011. Vol. 36 N° 1.pp. 45-52.

(31)(33)(34) MAICAS Bellido, Lázaro Fernández, Alcalá López, et al. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. 2003. Vol. 3:pp.141-160.

(35)(36)(37)(39) MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. [Citado 24 Febrero 2012].

Disponible en la World Wide
Web:<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNº16175DocumentNº4208.PDF>

(40)(41)(42)(43)(47) 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”. [Tesis de licenciatura]. Venezuela. Universidad Central de Venezuela. 2007. pp. 80-85.

(44)(45)BERRIOS C. Jadue. Prevención primaria de enfermedades crónicas del adulto: Intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. En Revista de Chile. 1999; Vol. 64. pp. 397-402.

(46)(47) (48) (49) (50)(51) Rol de enfermería frente a la prevencion de Hipertensión arterial en adultos. <http://www.unap.pe/enfermeria/enfermeria05/resumen0612.html> Acceso el 19 de febrero del 2013.

(52)(53)(54) Teoria Enfermeras, Dorothea Orem,
<Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06>.

(55)(56) Teoria Enfermeras, Madeleine Leininger,
<Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06>.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “FACTORES RELACIONADOS CON HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO MEDICO VIRGEN DEL CARMEN, VILLA EL SALVADOR - 2014”

BACHILLER: GALARZA ROMERO, Lorens

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador - 2014?	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.</p>	<p>HIPOTESIS</p> <p>Hp. Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014, tienen relación significativa.</p>	Hipertensión arterial	<p>Signos de alerta</p> <p>Tratamiento</p> <p>Consecuencias</p>	<p>Edad</p> <p>Estilos de vida</p> <p>Naturales</p> <p>Farmacológicos</p> <p>Enfermedades adversas</p>	<p>La investigación es de tipo no experimental y nivel descriptivo – correlacional, Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación. Correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal y por número de variables es bivariable.</p>

	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar los factores no modificables relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.</p> <p>Identificar los factores modificables relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014.</p>	<p>Ho. Los factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014, no tienen relación significativa</p>	<p>Factores relacionados</p>	<p>Factores no modificables</p> <p>Factores modificables</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad y sexo 2. Raza 3. Herencia <p>Antecedentes patológicos HTA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de tabaco 2. Consumo de grasas 3. Obesidad 4. Estrés 5. Consumo de alcohol 6. Ingesta de sodio 7. Actividad física 	
--	--	---	------------------------------	--	--	--

ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ENCUESTA

Buenos días, mi nombre es Galarza Romero, Lorens, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, el presente proyecto de investigación titulado “Factores relacionados con hipertensión arterial en adultos del Centro medico Virgen del Carmen, Villa El Salvador – 2014”

INSTRUCCIONES:

Marcar con un aspa (X), la respuesta correcta según lo que Ud. crea por conveniente. Este cuestionario es anónimo; solicitamos que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración. Considerando lo siguiente

I. DATOS GENERALES:

- **Edad:**.....
- **Sexo:**
a. Masculino () b. Femenino
- **Peso:**
- **Talla**
- **IMC:**

CUESTIONARIO

1. ¿TIENE FAMILIARES QUE PADECEN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL?,
ESPECIFIQUE SI O NO EN EL SIGUIENTE CUADRO:

FAMILIARES	Con diagnóstico de Hipertensión Arterial	
	SI	NO
a. Padre	SI	NO
b. Madre	SI	NO
c. Hermanos	SI	NO
d. Otros familiares directos		

2. ¿CONTROLA SU PRESIÓN ARTERIAL?

a. Si () b. No ()

Razones:.....

3. SI SE CONTROLA LA PRESIÓN ARTERIAL ¿CON QUE FRECUENCIA LO REALIZA?

- a. A la semana ()
- b. A los 15 días ()
- c. Al mes ()
- d. Cada 2 meses ()
- e. Cada 3 meses ()
- f. Cada 6 meses ()
- g. Al año ()

4. ¿CONTROLA SU PESO?

- a. Si ()
- b. No ()

Razones:.....

5. ¿CON QUE FRECUENCIA SE PESA?

- a. A la semana ()
- b. A los 15 días ()
- c. Al mes ()
- d. Cada 2 meses ()
- e. Cada 3 meses ()
- f. Cada 6 meses ()
- g. Al año ()

**6. EN SU FAMILIA ¿HAY MIEMBROS QUE PRESENTAN OBESIDAD? ,
INDIQUE CON UNA ASPA (X) EN EL SIGUIENTE CUADRO QUIENES:**

FAMILIARES	SI	NO
a. Padre		
b. Madre		
c. Hermanos		
d. Otros familiares directos		

7. ¿SE HA CONTROLADO SUS NIVELES DE COLESTEROL?

- a. Si ()
- b. NO ()

**8. SI SE CONTROLA EL NIVEL DE COLESTEROL ¿CON QUE FRECUENCIA
LO HACE?**

- a. A la semana ()
- b. A los 15 días ()
- c. Al mes ()
- d. Cada 2 meses ()
- e. Cada 3 meses ()
- f. Cada 6 meses ()
- g. Al año ()

9. DIGA UN PROMEDIO DEL CONSUMO DE SAL EN LA PREPARACIÓN DE SUS ALIMENTOS POR DÍA (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA)

- a) $\frac{1}{2}$ cdita (1 a $2\frac{1}{2}$ gramos) ()
- b) 1cdta (3 a 5 gramos) ()
- c) 2cdta (6 a 10 gramos) ()
- d) 3cdta (12 a 15 gramos) ()
- e) a 5 cdta (16 a 20 gramos) ()

10. ¿A LOS ALIMENTOS YA PREPARADOS LE AGREGA MÁS SAL?

- a. Nunca ()
- b. Casi nunca ()
- c. Siempre ()
- d. Casi siempre ()

11. ¿UTILIZA CUBITOS O SAZONADOR DE PAQUETE PARA COCINAR?

- a. Si () b. No ()

12. INDIQUE CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

ALIMENTOS DÍAS	Todos los días	Frecuente 3 o 4 veces por/sem	A veces 1 o 2 veces por/sem	No consume	Otros
a. Carbohidratos: Papas, panes, arroz					
b. Proteínas: Huevo, carnes, pescado					
c. Frutas					
d. Vegetales					
e. Lácteos					
f. Grasas					
g. Gaseosas					
h. Agua					
i. Comidas chatarras o golosinas					
j. Comidas enlatadas					

13. ¿DÓNDE INGIERE SUS ALIMENTOS?:

- a. En Casa. ()
- b. En su centro laboral.()
- c. En restaurante. ()
- d. En una pensión. ()
- e. Come al paso. ()

14. ¿CONSUME FRITURAS O COMIDAS GRASA?

- a. Si ()
- b. No ()

Si consume frituras dé ejemplos:.....

15. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME FRITURAS O COMIDAS GRASA?

- a. Diario ()
- b. Interdiario ()
- c. 3 veces por semana()
- d. 2 veces por semana()
- e. 1 vez por semana ()

16. ¿DESDE CUÁNDO COMENZÓ A CONSUMIR FRITURAS?

Anotar la edad en años:.....

17. ¿FUMA ACTUALMENTE?:

- a. Si ()
- b. No ()

Si fuma responda lo siguiente:

18. ¿DESDE CUÁNDO COMENZÓ A FUMAR?

Anotar la edad en años:.....

19. ¿CON QUÉ FRECUENCIA FUMA CIGARRILLOS?:

- a. Todos los días ()
- b. 1 vez por semana ()
- c. 2 veces por semana ()
- d. 3 veces por semana ()

20. ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA POR DÍA?:

- a. Un cigarrillo diario ()
- b. Entre 2 a 4 cigarrillos diario ()
- c. ½ Cajetilla diario ()
- d. 1 Cajetilla diaria. ()

Si no fuma responda lo siguiente:

21. ¿FUMABA ANTES?

Anotar la edad en años:.....

22. ¿DESDE CUÁNDO DEJÓ DE FUMAR?

Anotar la edad en años:.....

23. ¿CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS ACTUALMENTE?

- a. Si ()
- b. No ()

Si ingiere bebidas alcohólicas responda lo siguiente:

24. ¿DESDE CUÁNDO COMENZÓ A INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

Anotar la edad en años:.....

25. ¿CON QUÉ FRECUENCIA INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?:

- a. Todos los días ()
- b. 1 vez por semana ()
- c. 2 veces d. 3 veces por semana()

26. ¿QUÉ CANTIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUME?:

- a. 1 vaso diario ()
- b. 2 vasos diarios()
- c. 3 vasos diarios()
- d. 1 botella diario()
- e. 2 botellas diario()

27. ¿QUÉ TIPO DE LICOR O BEBIDA ALCOHÓLICA INGIERE?

- a. Cerveza ()
- b. Vino ()
- c. Ron ()
- d. Whisky ()
- e. Otro especifique:.....

Si no ingiere bebidas alcohólicas responda lo siguiente:

28. ¿TOMABA ANTES BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

Anotar la edad en años:.....

29. ¿DESDE CUÁNDO DEJÓ DE TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

Anotar la edad en años:.....

30. ¿USTED REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA?

- a. Si () b. No ()

31. ¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZA?

- a. Caminatas ()
b. Participa de algún deporte como vóley, fútbol, básquet, etc. ()
c. Práctica algún tipo de ejercicio()

32. ¿CUÁL ES EL TIEMPO QUE DEDICA A REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA?

- a. Menos de 30 minutos ()
b. Por 30 minutos. ()
c. Más de 30 minutos ()
d. Una hora ()
e. Más de 2 horas ()

33. ¿CON QUÉ FRECUENCIA REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA? :

- a. Diario()
b. 3 veces por semana()
c. 2 veces por semana()
d. 1 vez por semana()
e. Solo cuando se acuerda

34. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

- a. Ama de casa ()
- b. Estudiante () por semana()
- c. Trabaja (Especifique cuál es su trabajo):.....
- d. Otros.....

35. ¿Siente que tiene sobrecarga laboral, académica o familiar?

- a. Si () b. No ()

36. SI USTED TRABAJA, EL CLIMA LABORAL DONDE USTED SE DESEMPEÑA ES:

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

37. EL CLIMA LABORAL SE CARACTERIZA POR: (MARCAR MÁS DE UNA SI CREE CONVENIENTE)

- a. Desacuerdos ()
- b. Conflictos interpersonales()
- c. Autoridad arbitraria()
- d. Trabajo en equipo ()
- e. Democracia ()
- f. Buenas relaciones interpersonales()

38. SI USTED ESTUDIA, CONSIDERA QUE EL CLIMA DE SU CENTRO DE ESTUDIOS ES:

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

39. EL CLIMA ACADÉMICO SE CARACTERIZA POR: (MARCAR MÁS DE UNA SI CREE CONVENIENTE)

- a. Falta de trabajo en equipo ()
- b. Conflictos interpersonales ()
- c. Bajo presión ()
- d. Democracia ()
- e. Buenas relaciones interpersonales ()

40. USTED CONSIDERA QUE EL CLIMA FAMILIAR DE SU HOGAR ES:

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

41. EL CLIMA DEL HOGAR SE CARACTERIZA POR: (MARCAR MÁS DE UNA SI CREE CONVENIENTE)

- a. Desacuerdos ()
- b. Conflictos interpersonales ()
- c. Autoridad arbitraria ()
- d. Democracia ()
- e. Buenas relaciones interpersonales()

42. ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA DUERME?:

- a. 10horas al día ()
- b. 8horas al día ()
- c. 6horas al día ()
- d. 4horas al día ()