



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN HABITANTES DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTÓN CATAMAYO”

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

María Verónica Aguilera Sivisapa

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR
2015

*No todos ocupan los
Los m... sino
arades.
aunque no sean genios.*

CERTIFICACIÓN

Lic. Mg. Sc. Denny Caridad Ayora Apolo

DIRECTORA DE TESIS

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber asesorado y revisado, detenidamente y minuciosamente, durante todo su desarrollo, la tesis titulada ***“HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN HABITANTES DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTÓN CATAMAYO”*** de autoría de la señorita María Verónica Aguilera Sivisapa, egresada de la Carrera de Enfermería, y cumple con lo establecido en la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, para los procesos de graduación en el nivel de grado, por lo tanto autorizo proseguir los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa ante las instancias universitarias correspondientes.

Loja, Julio del 2015



Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, María Verónica Aguilera Sivisapa, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: 

Autor: María Verónica Aguilera Sivisapa.

Cédula: 1104838055

Fecha: 30 de Julio de 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo María Verónica Aguilera Sivisapa. declaro ser autora de la Tesis titulada: **“HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN HABITANTES DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTÓN CATAMAYO”**, como requisito para optar al Grado de: Licenciada en Enfermería; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI (Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copias de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 30 días del mes de Julio de dos mil quince, firma el autor.

Firma:



Autora: María Verónica Aguilera Sivisapa.

Cédula: 1104838055

Dirección: Loja (Zamora Huayco)

Correo electrónico: veronicaguilera@hotmail.com

Teléfono: 2139137

Celular: 0988173698

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Lic. Mg. Denny Caridad Ayora Apolo

Tribunal de Grado:

Presidente: Lic. Gina Monteros Cocíos

Primer vocal: Lic. Bertila Tandazo Agila Mg.

Segunda Vocal: Lic. Ana Granda Sarango

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por ayudarme a encontrar personas sabias que siempre supieron aconsejarme, para alcanzar mi éxito profesional.

A mis padres María Sivilapa y Leoncio Aguilera por su comprensión, sacrificio, sus valores éticos y morales y haber fomentado en mí el deseo de superación, jamás hubiese podido conseguir desarrollarme como profesional, para ustedes este y muchos éxitos más.

A una persona especial, que lo llevo en mi corazón José Calva que siempre estuvo a mi lado dándome ánimo y todo su apoyo.

Para ustedes este triunfo que concluye con éxitos, en ello dejo plasmado la dedicación y el esfuerzo de gran parte de mi vida que hoy se convierte en realidad.

María Verónica Aguilera Sivilapa.

AGRADECIMIENTO

Al concluir el presente trabajo de investigación, agradezco primeramente a Dios, por darme la vida, la salud y la fuerza de voluntad para levantarme en mis adversidades.

Mi gratitud a las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Enfermería, por brindarme la oportunidad de estudiar y ser parte de la historia de esta gloriosa institución, en la que se forman profesionales con ética y humanismo y nos enseña a servir a nuestros semejantes con pasión y dedicación.

De manera especial a mi directora de tesis Lic. Mg. Denny Caridad Ayora Apolo, por su esfuerzo, dedicación, experiencia y amplios conocimientos en el campo de la salud, supo guiarme para la realización del presente trabajo.

De igual manera a los directivos del barrio la Vega del Cantón Catamayo, y a los habitantes por su colaboración en el desarrollo de esta investigación.

Gracias por creer en mi trabajo.

LA AUTORA

a. TÍTULO

**“HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN HABITANTES DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTÓN
CATAMAYO”**

b. RESUMEN

La presente investigación denominada “Hipertensión Arterial, Factores de Riesgo y Prácticas de Autocuidado en Habitantes del Barrio La Vega del Cantón Catamayo” se planteó para dar respuesta al problema principal que se formuló ¿Cuáles son los factores de riesgo y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo durante el periodo Julio 2014 - Marzo del 2015?. En esta misma dirección se buscó: identificar los principales factores de riesgo en personas con hipertensión arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo; y conocer las prácticas de autocuidado que llevan a cabo las personas con hipertensión arterial. Se implementó una metodología de investigación descriptiva y transversal que involucró a todas las personas relacionadas al objeto de investigación. La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la encuesta, que se aplicó a las personas con hipertensión arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa informático Microsoft Excel, el cual sirvió para la representación de la información en tablas. Los resultados muestran que la población mayormente afectada por la hipertensión arterial es la de sexo femenino, cuya edad es de 66 a 85 años; en relación al factor herencia un importante porcentaje del grupo de estudio tiene familiares con Hipertensión Arterial. La falta de actividad física es notable en la población y en cuanto a los hábitos alimentarios predomina el consumo de grasas. De las prácticas de autocuidado el mayor porcentaje de la población acude al control médico mensual y si cumple estrictamente con el tratamiento farmacológico, pero existe un porcentaje notable que no lo hace.

PALABRAS CLAVE

Hipertensión Arterial; factores de riesgo no modificables; factores de riesgo modificables; población adulta mayor; prácticas de autocuidado.

SUMMARY

This research entitled "Hypertension, Risk Factors and self-care practices in La Vega neighborhood Inhabitants of Canton Catamayo" was raised in response to the main problem was formulated ¿What are the risk factors and self-care practices in people with Arterial Hypertension of the Vega neighborhood of canton Catamayo during the period July 2014- March 2015? In this direction sought were: to identify the main risk factors in people with arterial hypertension the Vega neighborhood of canton Catamayo; and self-care practices meet holding people with arterial hypertension. A methodology descriptive and cross-sectional research involving everyone connected to the object of research was implemented. The instrument used for data collection was the survey, which the people with arterial hypertension of the Vega neighborhood in canton Catamayo applied. For processing the information the computer program Microsoft Excel, which served for displaying information in tables is used. The results show that the population most affected by high blood pressure is the female, whose age is 66 to 85 years; in relation to inheritance factor a significant percentage of the study group have family members with Hypertension. Lack of physical activity is remarkable in the population and in terms of eating habits predominant fat intake. Self-care practices the highest percentage of the population attends the monthly medical supervision and strictly complies with the pharmacological treatment, but there is a significant percentage do not.

KEYWORDS

Arterial Hypertension; Non-modifiable risk factors; modifiable risk factors; older adults; self-care practices.

c. INTRODUCCIÓN

La investigación propuesta partió de asumir que la Hipertensión Arterial se ha convertido en una de las mayores causas de morbilidad de las personas, especialmente de los adultos mayores; las cuales se deben sobre todo a factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, herencia, raza y modificables, a los que se expone el individuo durante todo el ciclo de vida como, sedentarismo, hábitos alimentarios, tabaquismo, alcoholismo.

Otro aspecto que se consideró es que, en la actualidad la población adulta mayor es afectada por la Hipertensión Arterial, esta enfermedad hace que la salud de las personas se deteriore y esto desencadena la aparición de complicaciones, y en algunos casos la muerte de la persona que la padece.

Al determinar que la población donde se centró la investigación, evidenciaba ciertas dificultades en aspectos relacionados con la Hipertensión Arterial, se propuso como problema central ¿Cuáles son los factores de riesgo y prácticas de autocuidado en personas con Hipertensión Arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo?; y, como problemas derivados se formularon interrogantes orientadas a indagar los factores de riesgo que predominan en la población de estudio y las prácticas de autocuidado que mantienen las personas con hipertensión arterial.

En coherencia con los problemas que se construyeron, se planteó como objetivo general, conocer los factores de riesgo y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo. Como objetivos específicos se planteó: identificar los principales factores de riesgo en personas con hipertensión arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo; y, conocer las prácticas de autocuidado que llevan a cabo las personas para la prevención de la hipertensión arterial.

La investigación fue de tipo descriptivo porque permitió proporcionar una visión general respecto de cómo es y cómo se manifiesta el objeto de estudio, y, fue transversal por cuanto las variables se estudiaron en un determinado tiempo.

Se asumió el enfoque ecológico de la salud para la explicación científica de las variables implicadas en la investigación: Hipertensión Arterial, factores de riesgo y prácticas de autocuidado.

La realización del trabajo de campo y el procesamiento de la información, permitió determinar que el sexo femenino es mayormente afectado por la Hipertensión Arterial (61.54%) en comparación con los hombres (38.46%) y la edad comprendida es de 66 a 85 años (64.10%). En lo relacionado con los factores de riesgo y prácticas de autocuidado es importante destacar la relación directa con las condiciones de salud de la población.

Otros resultados importantes revelan que la población investigada no realiza actividad física (71.10%), en cuanto a los hábitos alimentarios, se determinó que el 34.62% consume dieta con alto contenido de sal y el 57.69% consume alimentos con alto contenido de grasas y en relación a las prácticas de autocuidado se encontró que el 84.62% del grupo de estudio si acuden al control medico mensual, cada dos meses, el 61.54% cumple estrictamente con el tratamiento farmacológico. Con respecto a la alimentación el 65.38% consume dieta baja en sal y el 84.62% si controla su peso.

Los hallazgos de la investigación reflejan notablemente la relación entre los factores de riesgo a los que está expuesta la población, las condiciones de salud y la necesidad de cambiar los estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física, con la finalidad de lograr el equilibrio en los factores internos y externos del ser humano, como condición básica de bienestar general de la persona.

Se espera que la información contenida en el presente documento se constituya en fuente de trabajo para otros estudiantes de la Carrera de Enfermería, para que en base a los problemas detectados en esta investigación se de solución a los mismos, y de esta manera mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los habitantes hipertensos del barrio La Vega de cantón Catamayo.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.1. Definición

La Hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial sistémica $\geq 140/90$ mmHg de acuerdo a la Guía Europea para el manejo de la Hipertensión Arterial.

1.2. Epidemiología

En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%. En las poblaciones diabéticas, la prevalencia de la hipertensión es 1,5 a 3 veces mayor que en no diabéticos de la misma franja etaria. En la diabetes tipo 2, la hipertensión puede ya estar presente en el momento del diagnóstico o inclusive puede preceder a la hiperglicemia evidente.

Las enfermedades cardiovasculares, entre estas la hipertensión, son las principales causas de muerte en el mundo. En América Latina representa el 30% de fallecimientos. En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. No obstante, un estudio sobre los casos de esa enfermedad registrados entre los años 1998 y 2007, elaborado por el Ministerio de Salud Pública, refleja el nocivo avance de la enfermedad en un 40%.

Según el estudio epidemiológico, en 1998 en el país se presentaron 26.938 casos de hipertensión (221 por cada 100 mil habitantes); después de nueve años, en el 2007, la cifra se triplicó y 67.570 personas padecieron la afección, que en un 80% se asocia con el sobrepeso y la diabetes.

La Costa tiene el mayor porcentaje de personas hipertensas, el 40% a nivel nacional; seguido está la Sierra, con el 24%.

1.3. Fisiopatología

Existen dos teorías que explicarían la patogenia de la hipertensión:

En la primera de ellas, el fenómeno iniciador de la hipertensión parece ser la existencia de factores genéticos que reducen la excreción renal de Na con presión arterial normal. La menor excreción de sodio provoca retención hídrica que lleva a aumento del gasto cardíaco. Esta creciente elevación del gasto genera, como mecanismo de autorregulación, vaso-constricción, para evitar riego tisular excesivo que iría seguido de aumento incontrolado del gasto cardíaco. Sin embargo, esta autorregulación produce aumento de resistencia periférica y con ello hipertensión.

Gracias a esta hipertensión, los riñones pueden excretar más Na, el suficiente para igualar al Na ingerido por la dieta y con ello impide la retención de líquido. De este modo, se logra un nivel constante aunque anormal de la excreción de Na (reajuste de la natriuresis de presión) a expensas de la elevación de la presión arterial.

La otra hipótesis sostiene que la causa primaria es el aumento de la resistencia periférica, ya por factores que inducen vasoconstricción funcional, ya por factores que provocan alteraciones estructurales en la pared vascular (hipertrofia, remodelación, hiperplasia de células musculares lisas) que terminan en el aumento de grosor de la pared arterial y/o estrechamiento luminal.

Los estímulos vasoconstrictores pueden ser:

1) psicógenos. Estrés. 2) mayor liberación de sustancias vasoconstrictoras. 3) mayor sensibilidad de la musculatura a los ajustes vasoconstrictores.

Se ha sugerido que esa mayor sensibilidad se debe a un defecto primario genético del transporte de Na y Ca a través de la membrana de las células musculares lisas, que provocaría aumento del Ca intracelular y contracción de

las fibras musculares lisas. Si los estímulos vasoconstrictores actuaran en forma prolongada o repetida podrían engrosar los vasos y perpetuar la hipertensión.

1.4. Manifestaciones Clínicas

La HTA suele ser, durante muchos años, una enfermedad silenciosa. El primer síntoma, tras años de silencio clínico, puede ser una grave complicación cardíaca en forma de infarto o un accidente cerebral (ictus).

La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, el síntoma más constante es la cefalea, que suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. Otros síntomas atribuidos a HTA como zumbidos de oídos, epistaxis, mareos.

1.5. Diagnóstico

El periodo de tiempo requerido para la evaluación inicial de un paciente hipertenso es de por lo menos 30 minutos. Los objetivos principales del diagnóstico se dirigen a:

1. Confirmar la existencia de cifras elevadas de presión arterial
2. Determinar el grado de hipertensión y la existencia de daño de órganos blanco
3. Evaluar la presencia de comorbilidades
4. Identificar tratamientos previamente recibidos o en uso actual
5. Cuantificar el riesgo global incluyendo sus componentes sociales
6. Diagnosticar o descartar posibles causas de hipertensión secundaria.

Historia Clínica y Examen Físico

No sólo se debe definir el grado de hipertensión, sino el momento en el cual se diagnosticó la hipertensión. Debe registrarse información acerca de la edad,

sexo y raza. El examen físico debe incluir: medición de estatura, peso, cintura, cadera y cálculo de relación cintura a cadera e índice de masa corporal (IMC), la evaluación de los pulsos, frecuencia cardíaca, cifras de presión arterial, auscultación del corazón, búsqueda de soplos carotídeos, torácicos o peri-umbilicales, y un examen del fondo del ojo. Se debe buscar factores de riesgo asociados y posibles complicaciones, tales como edema periférico, angina de pecho, disnea, cefalea y latidos cardíacos ectópicos.

Las mediciones de la presión arterial deben ser realizadas de acuerdo con las recomendaciones de la American Heart Association, en dos posiciones diferentes (sentado y de pie), para poder descartar una posible hipotensión ortostática (disminución de más de 20 mmHg en la sistólica y/o 10 mmHg en la diastólica), especialmente frecuente en los pacientes mayores. Cuando los valores de Presión Arterial Sistólica y Presión Arterial Diastólica corresponden a grados diferentes, se debe usar el grado mayor para definir la hipertensión de ese paciente.

Pruebas de Laboratorio

Los principales objetivos son detectar otros factores de riesgo cardiovascular, evaluar daños a órganos blanco, e identificar causas secundarias de hipertensión. Siempre debe realizarse en la primera visita un hemograma, glicemia en ayunas, urea, creatinina sérica y en orina, electrolitos, ácido úrico, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, pruebas de funcionalidad hepática, T3, T4 y TSH, además de un electrocardiograma, una orina completa, y una estimación de la velocidad de filtración glomerular (empleando creatinina sérica y la fórmula del estudio).

Exámenes recomendados

Se recomienda radiografía de Tórax, electrocardiograma, ecografía y Doppler vascular, cardíaco y renal para evaluar la masa ventricular izquierda y para identificar ateromatosis subclínica en los diferentes territorios vasculares, estenosis de arterias renales o alteraciones renales.

Medición Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)

Este método, que no reemplaza a las mediciones convencionales, da información detallada acerca de los valores promedios de día y de noche durante 24 horas. Los valores medios de 24 h están más cercanamente relacionados con el daño de órganos blanco y los resultados que los valores en consultorio.

El MAPA está indicado cuando:

- se sospecha una hipertensión de la bata blanca.
- se sospecha una hipertensión enmascarada u oculta.
- la presión arterial es normal, pero acompaña un alto riesgo total.
- es deseable la evaluación del perfil de PA de 24h (dipping, nondipping, etc).
- se sospecha una hipertensión refractaria.
- se buscan episodios de hipotensión o de hipertensión.
- progresa, el daño de órganos blanco a pesar de un aparente buen control de la PA.

1.6 Tratamiento

Tratamiento Farmacológico.

Existen seis clases principales de fármacos. para el tratamiento de la HTA: Diuréticos, betabloqueantes (BB), calcio antagonistas (CA), inhibidores de ECA (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARAII) y bloqueantes alfa adrenérgicos (BA) cualquiera de los cinco primeros es válido para iniciar el tratamiento . Además están disponibles fármacos de acción central y vasodilatadores arteriales.

La indicación de un determinado tipo de fármaco será individualizada según las circunstancias clínicas de cada paciente.

El tratamiento se iniciara con la dosis más baja para una reducción lenta y gradual de la P.A. una vez iniciado el tratamiento, si en 4-6 semanas no se alcanzado el objetivo de PA se podrá aumentar la dosis del fármaco. Si no hadado respuesta, se sustituirá por un fármaco de otro grupo. La respuesta a

la monoterapia es en general pobre cuando se pretende lograr cifras de normotensión, de modo que la mayoría de los pacientes necesitarán una asociación de fármacos.

Las causas de respuesta inadecuada al tratamiento antihipertensivo son las siguientes:

1. Pseudoresistencia: Incumplimiento del tratamiento, exceso de ingesta de sal, enfermedad renal, sobrecarga de volumen.
2. Causas relacionadas con los fármacos: Dosis demasiado bajas, tratamiento diurético inadecuado (promueve el aumento de angiotensina II), interacciones farmacológicas.
3. Condiciones asociadas. Tabaquismo, obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño, consumo excesivo de alcohol, ansiedad, dolor crónico.

El tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial sistémica reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte.

Se recomienda como orden de preferencia en la selección de antihipertensivos, el siguiente: Inhibidores de ECA, dosis bajas de tiazidas, beta- bloqueadores y calcio antagonistas.

2. FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia identificable, que se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer o estar expuesto a un proceso mórbido. Las personas que presentan un solo factor de riesgo tienen una tendencia relativamente baja de padecer la enfermedad, mientras los que presentan múltiples factores de riesgo, la probabilidad es más elevada.

2.1 Factores de Riesgo no Modificables

2.1.1 Edad

Los estudios transversales en países con culturas diversas y con diferente desarrollo socioeconómico muestran una consistente relación entre edad y presión arterial. Al nacimiento, los valores promedio de presión arterial sistólica y diastólica en los países desarrollados están alrededor de 70 y 50 mmHg respectivamente. En general, la presión sistólica tiende a aumentar progresivamente desde la niñez, a la adolescencia y edad adulta hasta alcanzar un valor alrededor de 140 mmHg en la séptima u octava década. La diastólica también tiende a aumentar con la edad pero con una tasa de crecimiento menor que la sistólica, e incluso tiende a estabilizarse después de la quinta década. Esto no ocurre así en todas las poblaciones, lo cual indica que el aumento de la presión arterial con la edad no es una necesidad biológica. Otro aspecto interesante es que las personas procedentes de países subdesarrollados adquieren una predisposición a aumentar la presión arterial con la edad cuando adoptan el estilo de vida occidental.

2.1.2. Sexo

En la primera niñez parece no haber diferencias en los niveles tensionales entre sexos, pero a partir de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres. Esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad. Un poco más tarde (hacia los 50-60 años) este patrón se invierte. Este cambio refleja al menos parcialmente la muerte prematura de los hombres con presión arterial más alta. Aunque los hombres hipertensos tienen más eventos cardiovasculares que las mujeres hipertensas a cualquier edad, el riesgo atribuible porcentual, es decir, la proporción de eventos que es debida a la hipertensión es similar o más alta en las mujeres. La incidencia de nuevos casos de hipertensión es comparable entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad.

2.1.3 Raza

En relación al género y etnia la prevalencia de la hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años, cambiando a partir de la quinta década. En relación a la etnia, la hipertensión arterial es dos veces más predominante en individuos negros, según investigación realizada por Ávila (2010) y Ferreira (2009).

2.1.4 Herencia

La historia familiar de hipertensión predice de forma significativa la afectación futura por la hipertensión en miembros de esa familia. La fuerza de la predicción depende de la definición de historia familiar positiva y del sexo y la edad de la persona en riesgo: es mayor el riesgo de padecerla cuantos más familiares de primer grado la presenten, cuando la presentaron a edad más temprana, cuanto más joven es el sujeto en riesgo, y para la misma definición y edad, siempre mayor en las mujeres.

Los estudios de familias han indicado que menos de la mitad de las variaciones de la presión arterial en la población general son explicadas por factores genéticos.

Hay muchos genes que pueden participar en el desarrollo de hipertensión. La mayoría de ellos están involucrados, directa o indirectamente, en la reabsorción renal de sodio.

2.2 Factores de Riesgo Modificables

2.2.1. Tabaquismo

El tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares.

La presión arterial está ligada al tabaquismo por ser éste 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 lesionando el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y aterosclerosis produciendo aumento de la tensión arterial.

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

- 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.

El tabaco se debe evitar en la población en general, y en hipertensos en particular, ya que aumenta marcadamente el riesgo de enfermedad coronaria y parece estar relacionado con la progresión hacia insuficiencia renal.

El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3 millones de personas en el mundo y ocasiona 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA

2.2.2. Alcoholismo

La presión arterial disminuye con la reducción de la ingesta de alcohol y puede ser un recurso efectivo en bebedores importantes. Se ha estimado que al menos el 5% de la prevalencia de hipertensión puede ser atribuida al alto consumo de alcohol.

El consumo de una copa de alcohol aumenta la Presión Arterial Sistólica en un 1mmHg y la Presión Arterial Diastólica en 0.5mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de Presión Arterial Sistólica de 6.6mmHg y de Presión Arterial Diastólica de 4.7mmHg más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independientemente del consumo semanal total.

2.2.3. Sedentarismo.

El efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial.

El ejercicio físico previene y restablece las alteraciones en la vasodilatación. Además del efecto sobre la Presión Arterial, el ejercicio influye favorablemente sobre determinados factores que se relacionan con la cardiopatía isquémica como son la reducción del colesterol y triglicéridos, de la agregación plaquetaria y del peso; aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y la tolerancia a la glucosa.

El ejercicio diario ayuda a perder peso, reduce el estrés y mejora el rendimiento cardiovascular.

Es aconsejable la realización de ejercicios aeróbicos de intensidad moderada como una caminata rápida de 30 minutos todos los días de la semana.

El programa de ejercicios debe ser agradable y divertido. El ejercicio, igual que una alimentación adecuada, es un compromiso para toda la vida.

La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total.

Los sujetos sedentarios tienen hasta casi un 50% de posibilidades de desarrollar HTA.

Los estudios de intervención han demostrado que la realización de actividad física produce un descenso en la tensión arterial sistólica y diastólica de aproximadamente 6-8 mmHg.

2.2.4. Hábitos Alimentarios

El cambio en las cantidades de alimentos ingeridos y la composición de la dieta, sumada a la baja frecuencia de la actividad física, provocó alteraciones

significativas en el peso corporal y en la distribución de la obesidad, aumentando su prevalencia en la población.

El consumo de sal excede los límites máximos recomendados para la ingestión en todos los países, en todos los extractos de renta, sabemos que la restricción de sal acompañada de hábitos alimentarios saludables contribuye a la reducción de la presión arterial, pudiendo llevar a la reducción de la medicina anti-hipertensiva.

Los hábitos alimentarios influyen directamente en la morbimortalidad cardiovascular. El estudio realizado por Costa et al (2009) señala que dietas ricas en frutas y hortalizas y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, contribuyen a la reducción del peso y reducción de la presión arterial.

Sodio

Numerosos estudios clínicos han demostrado una reducción significativa en la presión arterial tras una reducción en la ingesta de sodio, especialmente en los pacientes hipertensos. Los resultados de los meta-análisis de los ensayos clínicos son consistentes y muestran reducciones del orden de 3,7/0,9 mmHg por 100 mmol de reducción en la ingesta de sodio diaria en sujetos hipertensos y 1/0,1 mmHg en sujetos normotensos. Sin embargo existen enormes variaciones entre individuos en el efecto de la sal sobre la presión arterial, lo cual ha llevado a la noción de que existen sujetos «sensibles» e «insensibles», hecho que puede estar relacionado con variaciones genéticas.

Las necesidades de cloruro sódico de todos los individuos son muy variables ya que estas dependen de factores como el clima, el trabajo físico desarrollado, sudoración, temperatura corporal, etc. No obstante las Agencias Internacionales recomiendan para un adulto 1 gramo de sal al día, lo que equivale a 400 mg de sodio. La Organización Mundial de la Salud aconseja que el consumo de sal no sea superior a 6 gramos diarios y en los países Occidentales los consumos diarios pueden llegar a 10-20 g/día.

El mayor estudio epidemiológico internacional que ha intentado arrojar luz en esta área es el INTERSALT. En este trabajo participaron 52 centros de 32 países. A cada participante se le realizó una encuesta de antecedentes, hábitos, fármacos, educación recibida, clase social y cambios recientes en la dieta. El análisis final se realizó sobre 10079 participantes. Se detectó que una variación de 100 mmol en la ingesta de sodio modifica la tensión arterial sistólica 2,2 mmHg, mientras que el efecto sobre la presión diastólica es menos importante. Al analizar los resultados se encontró una relación positiva y significativa entre la ingesta de sodio y la elevación de la presión sistólica con la edad. Los autores concluyeron que aunque pudiera parecer que la asociación entre sodio y tensión arterial es marginal, la extrapolación a la población general de los resultados obtenidos, demuestra que la reducción de la ingesta de sodio podría conllevar un ahorro considerable de vidas a causa de la reducción de la mortalidad cardiovascular.

Los dos trabajos más completos en esta visión multifactorial de la dieta sobre la presión arterial son “Trial of Hypertension Prevention” y el estudio DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension), demostrando que las intervenciones nutricionales previenen la HTA o disminuyen los niveles de tensión arterial en pacientes hipertensos.

La iniciativa más interesante fue la realizada con el modelo DASH, se demostró que los niveles de presión arterial disminuían con una dieta baja en lípidos (grasas saturadas), colesterol y contenido total de grasa, y que se basaba fundamentalmente en la ingesta de frutas, verduras y lácteos con bajo contenido en grasas (desnatados o semidesnatados). Desde un punto de vista nutricional, es una dieta especialmente rica en magnesio, calcio y potasio, así como en proteínas y fibra.

Grasas

El Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), encontró una relación directa y positiva entre el colesterol y los ácidos grasos saturados de la dieta con la presión sanguínea. Posteriormente, en un estudio en Chicago se encontró una

relación positiva entre la ingesta de colesterol y cambios en la presión sanguínea.

El consumo de grasas, especialmente saturadas, de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

2.2.5. Obesidad

La obesidad ya no es considerada como un mero aumento del peso corporal. Hoy en día hablar de obesidad significa referirse a la más importante epidemia que afecta a la humanidad en este siglo.

En América Latina, los datos más escasos, muestran una tendencia similar al resto del mundo occidental, con ciertas características regionales: en los varones la prevalencia de obesidad oscila entre el 20 y el 40 %, mientras que las mujeres presentan cifras entre el 30 y el 50 %. La obesidad, es un factor de riesgo para Diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad coronaria y otras complicaciones. Para diagnosticar la obesidad se utiliza el Índice de Masa Corporal.

Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC tiene utilidad como indicador antropométrico de riesgo de hipertensión arterial, y reviste importancia estratégica en la vigilancia de salud en la Atención Primaria.

Es la relación entre el peso del paciente en kg y la talla del paciente al cuadrado en metros. $IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$.

Por cada 10 Kg de aumento de peso la Presión Arterial Sistólica aumenta de 2 a 3 mmHg y Presión Arterial Diastólica de 1 a 3 mmHg.

El sobrepeso (IMC>25) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC> de 30) también se asocia con HTA.

Clasificación de obesidad y sobrepeso, según IMC

Bajo peso:	< 18.5
Peso normal:	18.5-24.9
Sobrepeso:	25 a 29.9
Obesidad grado I:	30 a 34.9
Obesidad grado II:	35 a 39.9
Obesidad grado III:	> 40

La obesidad ha sido ampliamente reconocida como un factor de riesgo para el desarrollo de HTA. Es común en todas las sociedades desarrolladas y ha sido observada con una alta frecuencia entre niños.

Se ha observado que la pérdida de peso se correlaciona con una disminución de las cifras de Presión Arterial.

La reducción del peso corporal permite obtener beneficios adicionales en el tratamiento de la hipertensión arterial. El riesgo de desarrollar HTA es seis veces más alto en individuos con sobrepeso que en personas de peso normal. Así en el estudio de Framingham, se observó que la prevalencia de HTA en obesos es el doble que en normopesos y un aumento en el peso relativo de 10% predijo un incremento en la tensión arterial de 7 mmHg.

La obesidad central (androide), expresada en términos clínicos como aquella que se presenta en mujeres con un perímetro de cintura mayor a 85 cm y en varones mayor a 98 cm, es la que más se relaciona con la HTA y se acompaña de otros factores de riesgo cardiovascular .

El último trabajo que revisa el efecto de la pérdida de peso sobre la presión arterial es el metanálisis de Horvath. En este trabajo se demuestra como la reducción de peso con dietas disminuye los niveles de presión arterial sistólica 6,3 mmHg y la presión arterial diastólica 4,3 mmHg.

Perímetro Abdominal

Es una medida que refleja la cuantía de la masa grasa a nivel del abdomen (visceral y subcutáneo) y permite conocer si los depósitos grasos viscerales se encuentran anormalmente aumentados.

El perímetro abdominal ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 90 cm en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia.

Los valores normales y de riesgos aceptados por OMS y el Instituto Nacional de Salud Americano de Perímetro Abdominal (NIH).

	Normal	Riesgo alto- elevado	Riesgo muy alto - muy elevado
Hombre	< 95 cm	95-102 cm	>103 cm
Mujer	<82 cm	82-90cm	>91 cm

Es sabido, que el aumento de la grasa abdominal, se asocia con peores consecuencias metabólicas y se ha relacionado con la dislipidemia, la diabetes mellitus (DM) tipo II y con la HTA. El mecanismo por el cual la obesidad y la distribución de la grasa a nivel abdominal provocan un mayor riesgo de HTA no es conocido.

3. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las prácticas de autocuidado son actividades que realizan las personas según su potencial de desarrollo o conocimiento adquirido sobre su enfermedad, los que ejercerán mejor control sobre la propia salud y entorno.

Se considera que el autocuidado es una necesidad humana, para el mantenimiento de la vida y la salud o la recuperación de la enfermedad. El fomento del autocuidado y el seguimiento del cumplimiento del tratamiento en el hogar son funciones de la enfermera.

- Realizarse los chequeos médicos y los estudios de laboratorio mensuales.

Esto es importante para que el médico pueda valorar las circunstancias clínicas del paciente. El objetivo es evaluar el daño a órganos blanco y evitar el riesgo de complicaciones.

- Control de la presión arterial por lo menos una vez a la semana y anotar los resultados en el registro de presión arterial.

El diagnóstico de la HTA se establece tras la comprobación de los valores de Presión Arterial en dos o más medidas tomadas en dos o más ocasiones separadas, durante varias semanas.

El control de TA nos va ayudar a determinar si el tratamiento farmacológico que el médico ha instaurado conjuntamente con un estilo de vida saludable que adopte el paciente, está dando resultados para lograr cifras de normotensión.

También es importante el control de TA pues nos ayuda a evaluar si la respuesta al tratamiento antihipertensivo es adecuado.

- Tomar los medicamentos antihipertensivos diariamente.

El tratamiento farmacológico de la HTA ha demostrado ampliamente su eficacia al disminuir la presión arterial y reducir la morbilidad y la mortalidad en todos los grupos de pacientes, independientemente de la edad, el sexo y la raza, y ha logrado disminuir los episodios coronarios, la insuficiencia cardíaca, el deterioro de la función renal y de la progresión de la HTA. Es importante reconocer el grado de aceptación de la terapia antihipertensiva a nivel poblacional.

En los pacientes con HTA esencial el tratamiento se mantendrá de forma indefinida y no se debe abandonar el tratamiento para alcanzar el objetivo de mantener una Presión Arterial normal.

- Aumentar la actividad física.

Tener como objetivo la actividad aeróbica de intensidad moderada (como una caminata rápida) de 30 minutos, todos los días de la semana.

Si se trata de una actividad aeróbica, en personas sedentarias sin ninguna experiencia deportiva, es recomendable que empiecen por caminar a buen paso, en sesiones cortas de unos 30 minutos, para ir aumentando progresivamente el tiempo hasta 60 minutos.

Cuando se trate de una actividad física aeróbica, hay que controlar el pulso y la respiración. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), restablece las alteraciones en la vasodilatación, relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial.

- Control y Reducción de peso.

Es importante calcular el índice de masa corporal $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$ (peso en Kg entre talla en m al cuadrado), en quienes tienen sobrepeso, en ellos se considera importante bajar el 10% de peso.

Controlar el peso para alcanzar un índice de masa corporal normal entre (18.5 y 24.9) y perímetro de la cintura menor de 90 cm en hombres y de 80 cm en mujeres. Toda persona hipertensa con sobrepeso deberá bajar de peso.

- Seguir la dieta DASH (Enfoques Alimenticios para Detener la Hipertensión). La dieta DASH por sus siglas en inglés “Dietary Approach to Stop Hypertension” es un tipo de régimen alimenticio diseñado para controlar la hipertensión arterial.

Se caracteriza por tener variedad en frutas, verduras, lácteos descremados, cereales, pollo, pescado y nueces, y contiene pequeñas cantidades de carnes rojas, dulces y bebidas azucaradas, dando como resultado una disminución sustancial de la presión arterial en personas que padecen Hipertensión Arterial.

El beneficio de la dieta DASH se debe a diversos componentes que actúan de manera independiente, destacando el efecto diurético que involucra la excreción de sodio, un efecto antioxidante directo de los polifenoles sobre la inflamación vascular y el estrés oxidativo, un efecto sobre la relajación del lecho vascular y una reducción de marcadores inflamatorios como “proteína C-reactiva” mediante agentes fitoquímicos, entre otros.

- Restricción en la dieta de sales (Na)

Reducir el consumo de sodio a menos de 1,500 mg por día. Numerosos estudios clínicos han demostrado una reducción significativa en la presión arterial tras una reducción en la ingesta de sodio, especialmente en los pacientes hipertensos.

El paciente debe ingerir solo seis gramos de sal de mesa en los alimentos, teniendo en cuenta que entre los ingredientes que contienen sal están la sal de ajo y cebolla, los ablandadores de carne, polvo para hornear, sal de soya, Kátsup, salsa inglesa y aderezos ya preparados, los embutidos, salchichería y enlatados.

- Consumo de alimentos bajos en grasa.

La dieta de los pacientes debe ser baja en dulces y frituras, y rica en alimentos que contengan fibra como: frutas secas y verduras; porque el consumo de grasa saturadas dañan las paredes de las arterias impidiendo así la aparición de placas ateroma que terminan obstruyendo las arterias.

- Eliminar el consumo de tabaco y alcohol.

TABACO: El tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares. (Intermountainhealthcare).

El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.

ALCOHOL: El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo Descriptivo y Transversal.

Descriptivo porque se determinó los factores de riesgo y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial del barrio la Vega del cantón Catamayo.

Transversal porque las variables se estudiaron simultáneamente en un determinado momento.

ÁREA DE ESTUDIO: El presente estudio investigativo se lo realizó en el barrio La Vega del cantón Catamayo, provincia de Loja.

UNIVERSO: Los involucrados directamente en la investigación fueron 78 personas con hipertensión arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo en el periodo Julio 2014- Marzo del 2015.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

- La técnica empleada fue la encuesta, apoyada de un cuestionario con preguntas estructuradas, aplicada a las personas con hipertensión arterial del barrio La Vega del cantón Catamayo, con la finalidad de obtener información respecto de los factores de riesgo y las prácticas de autocuidado.

Previo a la aplicación de la encuesta firmaron el consentimiento informado, para ello, fue necesaria la explicación del objetivo de la investigación a cada uno de los participantes, así como la información que de ellos se requería y el uso que se daría a la misma.

Una vez explicados los propósitos de la investigación, se procedió a la aplicación de la encuesta por parte de la investigadora.

f. RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Tabla 1

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO			
	F		M	
	F	%	f	%
45-65 años	20	25.64%	8	10.25%
66-85 años	28	35.90%	22	28.21%
Total	48	61.54%	30	38.46%

Fuente: Encuesta aplicada a personas con HTA del barrio La Vega del cantón Catamayo

Autora: María Verónica Aguilera.

De acuerdo a la distribución del grupo de estudio según edad y sexo, el 61.54% corresponde al sexo femenino comprendida entre 66 a 85 años; el 38.46% es de sexo masculino y se encuentra en el mismo rango de edad.

Ávila (2010) ratifica que existe mayor riesgo en pacientes de sexo femenino por lo tanto la presencia de eventos cardiovasculares debida a la Hipertensión Arterial es más alta en las mujeres.

El autor Rodríguez J. (2009) afirma que la Presión Arterial tiende a aumentar progresivamente con la edad a partir de los 50 a 60 años.

Tabla 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A LA RAZA

RAZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Blanca	12	15.38%
Negra	15	19.23%
Mestiza	24	30.77%
Afro ecuatoriana	27	34.62%
Total	78	100%

Fuente: Encuesta aplicada a personas con HTA del barrio La Vega del cantón Catamayo

Autora: María Verónica Aguilera.

Según la distribución del grupo de estudio se determina que el 34.62% corresponde a la raza afro ecuatoriana, seguido del 30.77% que es mestiza; un 19.23% es de raza negra y con menor porcentaje 15.38% es de raza blanca. En relación a la etnia, la Hipertensión Arterial es dos veces más predominante en individuos de raza negra, Ferreira (2009).

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FAMILIARES CON HTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padre	28	35.89%
Madre	22	28.21%
Hermanas (os)	10	12.82%
Ninguno	18	23.08%
Total	78	100%

Fuente: Encuesta aplicada a personas con HTA del barrio La Vega del cantón Catamayo

Autora: María Verónica Aguilera.

Según los antecedentes familiares de hipertensión arterial el 35.89% del grupo de estudio señala que es el padre quien tiene o tuvo hipertensión arterial, seguido del 28.21% es la madre quien padece de esta patología. La historia familiar de hipertensión arterial predice de forma significativa la afectación futura en miembros de esa familia. Rodríguez J. (2009).

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Tabla 4

Indicador	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de Tabaco	12	15.38%	66	84.62%	78	100%
Consumo de bebidas alcohólicas	23	29.49%	55	70.51%	78	100%
Actividad Física	22	28.21%	56	71.79%	78	100%
Alimentos con alto contenido de sal	27	34.62%	51	65.38%	78	100%
Alimentos con alto contenido de grasas	45	57.69%	33	42.31%	78	100%

Fuente: Encuesta aplicada a personas con HTA del barrio La Vega del cantón Catamayo

Autora: María Verónica Aguilera

La presente tabla es de opción múltiple lo cual significa que puede responder 1 o más ítems.

Con respecto a los factores de riesgo modificables en personas con HTA se determinó que el 84.62 % no consume tabaco. Aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de complicaciones cardiovasculares: insuficiencia cardíaca congestiva Intermountain health care. (2013).

El 70.51% no consume bebidas alcohólicas. La presión arterial disminuye con la reducción de la ingesta de alcohol y puede ser un recurso efectivo en bebedores importantes. Se ha estimado que al menos el 5% de la prevalencia

de hipertensión puede ser atribuida al alto consumo de alcohol. Weschenfelder Magrini. (2012).

El 71.79% de las personas hipertensas no realiza ninguna actividad de ejercicio físico, algunos de ellos manifiestan no hacerlo por presentar dolor en sus extremidades inferiores o alguna patología que les impide hacerlo.

La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Los sujetos sedentarios tienen hasta casi un 50% de posibilidades de desarrollar HTA. Pinilla A. (2009).

El ejercicio diario ayuda a perder peso, reduce el estrés y mejora el rendimiento cardiovascular. Rodríguez J. (2009).

El 65.38% del grupo de estudio no consume alimentos con alto contenido de sal. Numerosos estudios clínicos han demostrado una reducción significativa en la presión arterial tras una reducción en la ingesta de sodio, especialmente en los pacientes hipertensos. Román L. (2009).

En relación al consumo de alimentos con alto contenido de grasas el 57.69% si consume estos alimentos, especialmente saturadas de origen animal, este un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL. Pinilla A. (2009).

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Tabla 5

Indicador	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Control médico	66	84.62%	12	15.38%	78	100%
Cumple tratamiento farmacológico	48	61.54%	30	38.46%	78	100%
Alimentación baja en sal	51	65.38%	27	34.62%	78	100%
Alimentación baja en grasas	33	42.31%	45	57.69%	78	100%
Control de peso	66	84.62%	12	15.38%	78	100%

Fuente: Encuesta aplicada a personas con HTA del barrio La Vega del cantón Catamayo

Autora: María Verónica Aguilera

En cuanto a las Prácticas de Autocuidado el 84.62% si acuden al control médico y lo hacen mensual y cada dos meses. La importancia del Control médico y los estudios de laboratorio mensuales permite valorar el estado clínico del paciente y evitar el riesgo de complicaciones.

El 61.54% cumple estrictamente con el tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico de la HTA ha demostrado ampliamente su eficacia al disminuir la presión arterial y reducir el riesgo de complicaciones como accidente cerebrovascular, (derrame), daño cardíaco, renal y daño retiniano, causando ceguera. Fanarraga J. (2013).

En relación a la alimentación, el 65.38% consume dieta baja en sal. Estudios clínicos han demostrado una reducción significativa en la presión arterial tras

una reducción en la ingesta de sodio, reducir el consumo de sodio a menos de 1,500 mg (6 g de sal de mesa) por día es favorable. Román L. (2009).

El 57.69% no consume dieta baja en grasas, especial atención merece este grupo de estudio que no cumple con esta práctica de autocuidado. La dieta de los pacientes hipertensos debe ser baja en grasas y frituras, puesto que el consumo de grasas saturadas daña las paredes de las arterias, formando placas ateroma que terminan obstruyéndolas. Huerta B. (2009).

El 84.62% si acostumbran a controlarse el peso. Es importante alcanzar un índice de masa corporal normal entre (18.5 y 24.9) y perímetro de la cintura menor de 90 cm en hombres y de 80 cm en mujeres.

g. DISCUSIÓN

En las últimas décadas se observa un notable incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles especialmente de la Hipertensión Arterial, asociadas a estilos de vida no saludables.

En América Latina la Hipertensión Arterial representa el 30% de fallecimientos. En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas.

En la presente investigación de acuerdo a la distribución del grupo de estudio según edad y sexo, el 61.54% corresponde al sexo femenino comprendida entre 66 a 85 años; el 38.46% es de sexo masculino y se encuentra en el mismo rango de edad. Estos datos coinciden con investigaciones antes realizadas como las del Dr. Sainz en el Instituto Cubano de cardiología donde el mayor número de pacientes hipertensos se presentó en mayores de 65 años con 72 pacientes de un total de 200. Sánchez en un estudio realizado en Santiago de Cuba en el año 2002 encontró el mismo resultado, donde la hipertensión arterial predominó en las edades mayores.

Según los antecedentes familiares de Hipertensión Arterial el 35.89% del grupo de estudio señala que es el padre quien tiene o tuvo Hipertensión Arterial, seguido del 28.21% es la madre quien padece de esta patología.

En un estudio realizado en Colima, México, los antecedentes familiares de HTA mostraron una asociación con la HTA.

Con respecto a los factores de riesgo modificables en personas con HTA se determinó que el 84.62 % no consume tabaco. En investigaciones de Willet, Female Nurse Trial, 1987 se sabe que el número de cigarrillos fumados por día se asocia directamente con el riesgo de enfermedad cardiovascular.

En relación al consumo de alimentos con alto contenido de grasas el 57.69% si consume estos alimentos.

Guerrero (2005) encontró una asociación directa entre la dieta con alto contenido de grasas y las concentraciones de colesterol total HDL, LDL y triglicéridos plasmáticos.

Según los resultados del estudio el 71.79% de las personas hipertensas no realiza ninguna actividad de ejercicio físico. Rocchini (2002) y John E. Hall (2006) afirman que la poca actividad física contribuye a aumentar los niveles de presión arterial para todos los grupos de edad mostrando sus estudios un incremento de la presión arterial con la ganancia de peso.

Dentro de las Prácticas de Autocuidado el 84.62% de personas hipertensas del barrio La Vega acuden al control médico. En igual porcentaje están las personas que si controlan su peso. El 61.54% de hipertensos si cumple con el tratamiento farmacológico. El 65.38% consume dieta baja en sal. Los hábitos nocivos como el alcoholismo y tabaquismo están en un menor porcentaje, contribuyendo de esta manera, como factores protectores para evitar complicaciones cardiovasculares.

En relación con el manejo de la enfermedad se identificó que no todos los participantes llevan a cabo las prácticas que ellos mismos identifican como saludable, pues sus costumbres contrastan con ello.

Con los datos de la investigación realizada, se destaca la falta de conciencia de las personas hipertensas y la necesidad de cambiar los hábitos alimentarios, actividad física y las prácticas de autocuidado que permitan prevenir complicaciones.

En base a esta información, se puede decir que existe relación directa entre los factores de riesgo y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial del Barrio La Vega del Cantón Catamayo y, las condiciones de salud y calidad de vida de este grupo poblacional.

h. CONCLUSIONES

En Coherencia con el objetivo general de la investigación, se concluye que los factores de riesgo no modificables y modificables encontrados en personas con hipertensión arterial del barrio la Vega del cantón Catamayo influyen en su condición de vida, al igual que las prácticas de autocuidado que mantienen para controlar la presión arterial y evitar el riesgo de complicaciones.

En relación a los objetivos específicos se formulan las siguientes conclusiones:

1. El sexo femenino predomina en el grupo de estudio en el rango de edad de 66 a 85 años.
2. Factores de Riesgo No modificables: predomina la raza afro ecuatoriana y un gran porcentaje tiene antecedentes familiares de hipertensión siendo el padre quien padece de esta patología.
3. Factores de Riesgo Modificables: la mayoría de las personas con hipertensión arterial no consume tabaco ni bebidas alcohólicas y un importante porcentaje no realiza actividad física. En cuanto a la alimentación un grupo significativo consume alimentos con alto contenido de grasas.
4. Prácticas de autocuidado: El mayor porcentaje de personas hipertensas del barrio La Vega si acude al control médico mensual y cada dos meses. En igual porcentaje están las personas que si controlan su peso. Un importante porcentaje si cumplen con el tratamiento farmacológico. El consumo de dieta baja en sal es notable en el grupo de estudio.
5. Finalmente se puede concluir en esta investigación que los hábitos nocivos relacionados con el alcoholismo y tabaquismo están en un menor porcentaje, contribuyendo de esta manera, como factores protectores para evitar complicaciones cardiovasculares.

i. RECOMENDACIONES

En el afán de contribuir a la disminución de los problemas detectados, se ponen de manifiesto las siguientes recomendaciones:

1. Al equipo médico y enfermeras del Centro de Salud N^o 2 que realicen actividades de Promoción de la Salud, para sensibilizar a la población en hábitos de vida saludable y así evitar enfermedades crónicas degenerativas.
2. A los integrantes del equipo básico de salud realizar campañas de prevención de la hipertensión y los difundan a través de los diferentes medios de comunicación, a las personas en general, acerca de: la importancia del consumo de alimentos saludables, reducción de peso, control de la presión arterial, actividad física y evitar los hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco y generar en ellos cambio de hábitos saludables.
3. Realizar visitas domiciliarias a las personas con hipertensión arterial para verificar si aplican las prácticas de autocuidado, y si no las aplican, fomentar y motivar en los pacientes y familiares la importancia que tienen las mismas.

j. BIBLIOGRAFÍA

Harrison, Kasper y otros. Principios de Medicina Interna, editorial Mc Graw Hill Interamericana, 16ª Edición, Volumen 1.

Echeverría Raúl. SECCIÓN HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Capítulo 1: Epidemiología. Disponible en:
http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/epidemiologia2.pdf
consultado 2 Octubre2014.

INEC. Hipertensión Arterial. Ecuador 2013. Disponible en: inec@inec.gob.ec
<http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>. Consultado en: 10-10-2014

R. Sánchez, M. Ayala, H. Baglivo, C. Velázquez, G. Burlando, O. Kohlmann. Al. Revista Chilena de Cardiología Vol. 29 N°1, 2010, consultado el 01/10/2014.

Echeverría Raúl. SECCIÓN HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Capítulo 1: Epidemiología. Disponible en:
http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/epidemiologia2.pdf
consultado 2 Octubre2014.

Brunner, Lillian y otros. Manual de la enfermera práctica, editorial interamericana, primera edición, volumen 2, capítulo 7, Madrid, 1984.

Acosta E. Revista Metro Ecuador _disponible en
<http://www.metroecuador.com.ec/archivo-guayaquil/8209-hipertension-arterial-avanza-hasta-un-40-en-el-ecuador.html>. Consultado 2 Octubre2014.

Márquez Susana. Revista; Fisiopatología de la hipertensión arterial. Facultad de Ciencias Médicas, UNR. Año 2012. Disponible en:
<http://www.patologiafcm.com.ar/wpcontent/uploads/downloads/2011/12/Hipertensi%C3%B3n-arterial-2012.pdf>. Consultado, 17 octubre 2014.

Casado S. Revista. Hipertensión Arterial. Madrid. 2007. Disponible:
http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap12.pdf. Consultado: 10-11-2014.

Sánchez R, Ayala M. Revista Chilena de Cardiología - Vol. 29 N°1, 2010 disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>. Consultado, 12 octubre 2014.

Guía de referencia rápida. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-076-08. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención Médica. Disponible en http://www.saludbc.gob.mx/wpcontent/uploads/2011/02/imss_076_08_grr.pdf. Consultado 17, octubre 2014.

Sánchez R, Ayala M. Revista Chilena de Cardiología - Vol. 29 N°1, 2010 disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>. Consultado, 12 octubre 2014.

Enfermería global .Vol.11. Murcia abr. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000200022&script=sci_artt ext. Consultado 17, Octubre 2014.

Weschenfelder Magrini. Hipertensión arterial. Monocardio No3 Volumen .V 131-136. Disponible en: <http://www.castellanacardio.es/documentos/monocardio/hipertension-arterial-I.pdf>. Consultado 18 octubre 2014.

Boo José Fernando. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina. Guadalajara. 2008. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/jun_01_ponencia.html. Consultado: 10-11-2014.

Castells E. Revista de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. 2010. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>. Consultado 10-11-2014.

Boo José Fernando. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina.

Guadalajara. 2008. Disponible en:

http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/jun_01_ponencia.html.

Consultado: 10-11-2014.

Dr. Fabregues G. Manual del Paciente Hipertensivo.2011. Disponible

en:<http://www.enfermeriaaps.com/portal/wpcontent/uploads/2011/12/manualpacientehipertenso.pdf>. Consultado 21 Diciembre 2014.

Intermountainhealthcare. Folleto informativo para pacientes y sus familias. España. 2013-2014. Disponible en:

<http://intermountainhealthcare.org/ext/dcmnt?ncid=522465722>. Consultado: 10-11-2014.

WeschenfelderMagrini Hipertensión arterial. Monocardio No3 Volumen V 131-136.Disponible en:

<http://www.castellanacardio.es/documentos/monocardio/hipertension-arterial-I.pdf>. Consultado 18 octubre 2014.

Huerta B. Factores de riesgo para la Hipertensión Arterial. Archivos de

Cardiología de México. Vol. 71. 2009. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>. Consultado 20 Diciembre 2014.

Fanarraga J.TESIS. Conocimiento y Práctica de Autocuidado domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos

de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. Lima Perú.2013. Consultado el 26 de Abril de 2015.

L. Román, R. Aller, Revista Española. Valladolid. Aspectos Terapéuticos de la Dieta en la Hipertensión Arterial.

Nefroplus2009.Disponible:<http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=10178&idlangart=ES>. Consultado 12 Diciembre 2014.

Pinilla A. Barrera. M .Revista 2009.Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. Disponible:

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>. Consultado 13 Diciembre 2014.

Rodríguez J. Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial.

Monografía.2009. Universidad Abierta Interamericana. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC063190.pdf>. Consultado 20 Diciembre 2014.

Rodríguez J. GREEN BOOK. Diagnóstico y Tratamiento Médico.

MARBÁN.2009. Madrid. España. Pág.: 186, 187, 188, 189, 190.

Lara, Jorge. Enfermedades crónicas degenerativas. Disponible en:

<http://usuarios.multimania.es/drlarabaez/ECD.htm>.

k. ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
Con CIN.-.....

Firmado abajo / o colocado la huella del índice derecho y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado: “Hipertensión Arterial, Factores de Riesgo y Prácticas de Autocuidado en Habitantes del Barrio La Vega del Cantón Catamayo”, consiente y conector de mis derechos abajo relacionados, **ESTOY DE ACUERDO** en participar de la mencionada investigación.

1. Se le garantiza al participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficiosos y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual está participando.
2. Se le asegura plenamente que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionada con sus declaraciones sin que estas ocasionen un perjuicio en su vida personal.
3. El participante no incurrirá en gastos derivados de la investigación, ya que estos serán asumidos por el presupuesto propio de la investigación.
4. El participante autorizará al investigador, para realizar la encuesta.
5. El participante es consciente y tiene conocimientos de que los resultados a obtener podrán ser utilizados en publicaciones y eventos de carácter científico y que ningún servicio académico o compensación económica será ofrecida por su participación en el estudio.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de **MANERA VOLUNTARIA** en el desarrollo de esta investigación.

Loja.....de.....del 2015

Firma del participante.....

Firma del investigador.....

*Huella
digital*

Anexo 2: ENCUESTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA- ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA

Reciba un cordial saludo a nombre de la carrera de Enfermería del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. De la manera más comedida se le solicita su colaboración respondiendo al presente cuestionario, el mismo que tiene como finalidad obtener información sobre Hipertensión Arterial, Factores de Riesgo y Prácticas de Autocuidado en Habitantes del Barrio la Vega del Cantón Catamayo durante el período Julio 2014- Marzo 2015.

Agradezco su colaboración en esta investigación.

Los datos obtenidos serán mantenidos en absoluta confidencialidad.

Marque con una x la respuesta que considere que sea la correcta:

FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

Raza: Blanca () Negra () Mestiza () Afro- ecuatoriana ()

1. En su familia existen personas con Hipertensión Arterial.

Si () No ()

Padre ()

Madre ()

Hermanas (os) ()

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

2. Acostumbra a fumar cigarrillos.

Si () No ()

3. Consume bebidas alcohólicas.

Si () No ()

4. Acostumbra a realizar actividad física durante el día.

Si () No ()

5. Usted ingiere sus alimentos con alto contenido de sal.

Si () No ()

6. Acostumbra a consumir alimentos que contengan alto contenido de grasas.

Si () No ()

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

7. Con qué frecuencia acude al control médico.

Cada mes ()

Cada 2 meses ()

Cada 6 meses ()

Cada año ()

No acude ()

8. Cumple estrictamente con el tratamiento farmacológico indicado por su médico.

Si () No ()

9. Consume dieta baja en sal.

Si () No ()

10. Consume dieta baja en grasas.

Si () No ()

11. Acostumbra a controlar su peso.

Si () No ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3: FOTOGRAFÍAS

APLICANDO LAS ENCUESTAS A LOS HABITANTES DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTÓN CATAMAYO









Capilla del Barrio la Vega



Cancha del Barrio la Vega



Anexo: 4

AUTORIZACIÓN PARA APLICAR LAS ENCUESTAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACION DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

Of. N°.38 -CCE-ASH-UNL.
Loja, 06 de febrero de 2015.


Ing. José María Yaguana Torres
PRESIDENTE DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTON CATAMAYO
Presente.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo me dirijo a Usted, con la finalidad de solicitarle muy comedidamente se dé la apertura y el permiso correspondiente para que la Srta. **MARIA VERONICA AGUILERA SIVISAPA**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, realice su trabajo de investigación denominado: **"HIPERTENSION ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN HABITANTES DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTON CATAMAYO"**, en la aplicación de encuestas a los moradores del barrio la Vega, todo esto con la finalidad de que la estudiante pueda culminar con su investigación, para su graduación de Lic. en Enfermería.

Por la atención que se digne dar a la presente le antelo mi agradecimiento.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**


Magdalena Villacís Cobos
Lic. Mg. Dolores Magdalena Villacís Cobos.
**PRESIDENTA PROVISIONAL DE LA COMISION
ACADEMICA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA**
MV/Dra. Elsa Pineda.
C.c. Archivo.

Recibido
Ing. José Yaguana


Loja, 13 de Febrero del 2015

Lic. Mg. Magdalena Villacís Cobos.

**PRESIDENTA PROVISIONAL DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DE LA
CARRERA DE ENFERMERÍA.**

Ciudad.-

De mi consideración.

Yo, **José María Yaguana Torres**, con cédula de identidad N°1103013635, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad de la manera más comedida para darle a conocer que se le autoriza a la Srta. **María Verónica Aguilera Svisapa** con cédula de identidad N° 1104838055, egresada de la carrera de Enfermería, la aplicación de las encuestas a los moradores del Barrio La Vega del Cantón Catamayo sobre el Tema: **"HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN HABITANTES DEL BARRIO LA VEGA DEL CANTÓN CATAMAYO"**.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Sr. Ing. José María Yaguana Torres

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGS.
PRELIMINARES	
PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
a. Título	1
b. Resumen	2
Summary	3
c. Introducción	4
d. Revisión de Literatura	6
1. Hipertensión Arterial	6
1.1. Definición	6
1.2. Epidemiología	6
1.3. Fisiopatología	7
1.4. Manifestaciones clínicas	8
1.5. Diagnóstico	8
1.6. Tratamiento	10
2. Factores de Riesgo Predisponentes de la Hipertensión Arterial	11
2.1 Factores de Riesgo No modificables	12
2.1.1. Edad	12
2.1.2. Sexo	12

2.1.3. Raza	13
2.1.4. Herencia	13
2.2. Factores de Riesgo Modificables	13
2.2.1. Tabaquismo	13
2.2.2. Alcoholismo	14
2.2.3. Sedentarismo	15
2.2.4. Hábitos Alimentarios	15
2.2.5. Obesidad	18
3. Prácticas de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial	20
e. Materiales y Métodos	24
f. Resultados	25
g. Discusión	32
h. Conclusiones	34
i. Recomendaciones	35
j. Bibliografía	36
k. Anexos	40
Índice	50