

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
CÁTEDRA: EPIDEMIOLOGIA ESPECIAL**



El estilo de vida como factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial
en pacientes de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo
II Lino Maradey. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Julio 2013

Facilitador (a):

Dra. Lil Donmar

Integrantes:

Marcano, David
Maricuto, Andrea
Minet, Alberto
Mota, Milagros
Moreno, Roger
Muñoz, María F
Rodríguez, Crismar
Rodríguez, Mariana
Salandy, Mitchell
Straker, Reismar
Stabilito, Rosaura

Ciudad Bolívar, Julio 2013

INTRODUCCION

La Hipertensión Arterial es una enfermedad frecuente, generalmente silenciosa, crónica y que produce daños importantes al organismo cuando no se trata o es mal tratada, produciendo secuelas irreversibles condicionando limitaciones físicas que impiden el desenvolvimiento laboral normal y afectando la vida cotidiana.

La HTA es un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados, por ser una enfermedad silente que tiene complicaciones mortales si no recibe tratamiento oportuno.

La magnitud del problema que representa esta enfermedad en salud pública esta determinada por las tasas de prevalencia de la misma. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la HTA tiene una prevalencia mundial que oscila entre el 8 y 20% , siendo del 3% a los 20 años de edad, 23% a los 40 años y mas del 45% después de los 70 años. La frecuencia de la HTA según el sexo, es más alta en varones que en mujeres en el rango de edad entre 45 – 50 años, a partir del cual es más frecuente en mujeres que en hombre.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte y de carga de enfermedad en la población adulta, constituyendo, además, una importante fuente de discapacidad. Estas enfermedades tienen una etiología en gran medida compartida en cuanto a determinantes sociales, ambientales y factores de riesgo modificables, como tabaquismo, alcoholismo, hábitos de alimentación no saludables, sedentarismo, sobre peso/obesidad, entre los más importantes.

En el presente trabajo de investigación se hizo un abordaje crítico, identificando cuáles son los principales factores de riesgo relatados que pueden ser modificables por intervención del equipo de la Estrategia Salud

de la Familia, principalmente, a través de prácticas educativas que pueden ser estimuladas en atención multiprofesional individual y colectiva.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

Planteamiento del Problema

Objetivos

Justificación

Marco Teórico

 Concepto de Hipertensión Arterial

 Causas

 Factores de Riesgo Modificables

 Factores de Riesgo No Modificables

 Manifestaciones Clínicas

 Complicaciones de la Hipertensión Arterial

 Paraclínicos

 Tratamiento

 Prevención

Marco Metodológico

Diseño de la Investigación

Tipo de Investigación

Población y Muestra

Conclusiones y Recomendaciones

Bibliografía

Anexos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Se considera que ese problema que representa casi el 13% de la mortalidad mundial.

En 1980, casi un 40% de los adultos de la Región de Europa de la OMS y un 31% de los adultos de la Región de las Américas padecían hipertensión. En la Región de África de la OMS, en cambio, se estima que en muchos países más del 40% (y hasta el 50%) de los adultos sufren hipertensión, y esa proporción va en aumento.

En América Varios países de las Américas han avanzado en el control de la hipertensión y han logrado reducciones en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en su población.

La HTA fue tomada como tema central de la campaña con motivo del Día Mundial de la Salud que se celebra el 7 de Abril de cada año. Igualmente con el 65° aniversario de la OMS está dedicado a la hipertensión, enfermedad que anualmente mata a 9,4 millones de personas en el mundo.

Pese a la presencia del mal en Latinoamérica, pocos países disponen de campañas preventivas.

Entre las excepciones está México, que recientemente adoptó la campaña “Menos sal, más salud”, que promueve la eliminación de los saleros de los restaurantes para evitar el consumo excesivo del mineral y, por ende, la aparición de la hipertensión. Una ciudad que también adoptó la medida en 2011, a través del Programa Provincial de Hipertensión Arterial, fue Buenos Aires, en Argentina.

En Venezuela según Igor Morr, vicepresidente de la Sociedad Venezolana de la Hipertensión una de cada tres personas nacidas en Venezuela padece de hipertensión, además afirma que cada año la tasa de prevalencia de la hipertensión mundial se incrementa, sobre todo en poblaciones con la predisposición genética como la de América Latina, África Subsahariana y Asia. Cálculos de la Organización Mundial de la Salud apuntan a que en 5 años habrá 1,5 millones de hipertensos

Esa tasa de prevalencia se eleva a 40% en las zonas costeras, donde hay más personas de ascendencia afroamericana. La razón se remonta a la época de la Conquista. Los esclavos traídos de África genéticamente eran propensos a padecer de hipertensión, condición que se acentuó por el consumo de sal. Ese factor fue heredado por sus descendientes durante el mestizaje. Adicionalmente, el consumo excesivo de sal en pescados, la cercanía con el mar y la ingesta de enlatados con conservantes ricos en sodio aumentan el peligro de padecerla.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio Para el Poder Popular para la Salud ha creado políticas de salud , tales como; Integración de las Áreas Cardiovascular, Renal y Endocrino-Metabólica (CAREM)

En el Estado Bolívar La prevalencia de Hipertensión arterial en pacientes que acudieron a la consulta de Cardiología del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, Edo Bolívar, para el año 2004 fue de 38297,01 casos; en el 2005 de 62427,46 casos y hasta el mes de octubre del año 2006 fue de 42468,57 casos por cada 100000 pacientes que acudieron a la consulta, con una media de 47731,01 en los últimos tres años.

El sexo más afectado es el femenino. La edad donde se presenta el mayor número de casos de HTA, indistintamente del sexo, es en el rango de 61 – 70 años.

En ciudad Bolívar, en el Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey, departamento de medicina familiar acuden diariamente pacientes con diversas manifestaciones clínicas, es de interés conocer como el estilo de vida tiene influencia en estos paciente como factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial, teniendo en cuenta que existen factores de riesgo que no son Modificables tales como; la edad, factores genéticos, etnia, genero y otros que podrían ser modificables tales como; hábitos (tabáquicos, alcohólicos), alimentación (alimentos ricas de sodio y grasas), actividad física y el sobrepeso.

Actualmente, la HTA ha sobrepasado el ámbito clínico como patología cardiovascular para convertirse a nivel mundial en una enfermedad de salud pública que afecta cada día a millones de personas por no tomar conciencia de modificando su estilo de vida minimizaría los factores de riesgo y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Así mismo, la Hipertensión Arterial es una patología bastante frecuente en nuestra sociedad, por lo que obliga directa e indirectamente a tener conocimientos básicos acerca de su causas, factores de riesgo, exacerbantes, medidas preventivas, el especialista al que se debe acudir, medidas para atenuar la sintomatología sin distinción de nivel socioeconómico.

Es de hacer notar que las personas en su mayoría aun teniendo nociones que su estilo de vida repercute en su salud, no toman conciencia que el sobrepeso, exceso de sodio en la dieta, actividad física reducida,

inadecuado consumo de frutas, vegetales, potasio, abuso del consumo de alcohol y el estrés de sus actividades cotidianas son factores que forman una pieza indispensable para el desarrollo de la hipertensión arterial, todo esto se hace evidente con el aumento de los índices de morbimortalidad por patologías cardiovasculares. Una vez diagnosticado el paciente con hipertensión deben mejorar su estilo de vida para evitar las complicaciones de esta patologías tales como Infarto Agudo de Miocardio, Ictus, Crisis Hipertensivas, Insuficiencia renal, entre otras

OJETIVOS GENERALES

Analizar el estilo de vida como factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial en pacientes de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Julio 2013

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Clasificar la población según edad, sexo y raza de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey.
- Señalar la sintomatología relacionada con hipertensión arterial en pacientes de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey
- Estudiar los factores de riesgo no modificables en los pacientes de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey
- Analizar los factores de riesgo modificables en los pacientes de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey.

JUSTIFICACIÓN

La detección y el control de la HTA implican un enfoque multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención, La detección temprana se fundamenta en el fácil acceso de la población a la atención del equipo de salud para la búsqueda de HTA y factores de riesgo asociados, con el fin de realizar una intervención de cambios en el estilo de vida, constituyendo así una terapia no farmacológica

La finalidad de investigación es la concientización a los pacientes del servicio de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey, acerca de la influencia de el estilo de vida como factor de riesgo de Hipertensión Arterial, los cuales pueden ser Modificables (hábitos tabáquicos, alcohólicos, alimentación, estrés, actividad física, sobrepeso etc), y No Modificables (edad, sexo, raza, genética, etc), y de esta manera mejorar el estilo de vida para minimizar el riesgo y de esta manera prevenir la HTA y mejorar la calidad de vida.

Además, obtener datos estadísticos y epidemiológicos actualizados propios del Centro de Diagnostico Integral Lino Maradey. Siendo esta enfermedad un problema de salud pública a nivel mundial es de vital importancia conocer la razón por la que la HTA es tan prevalente en nuestro país y aun más importante en esta región.

MARCO TEORICO

Concepto de Hipertensión arterial

Es una enfermedad sistémica que consiste en la elevación crónica de la presión arterial por encima de los valores normales. Es sistémica, porque afecta a varios órganos del cuerpo, fundamentalmente el corazón, el riñón, las arterias, los ojos y el cerebro.

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo.

Historia de la hipertensión arterial

La comprensión moderna de la hipertensión se inició con el trabajo del médico William Harvey(1578-1657), quien en su libro de texto *De motu cordis* fue el primero en describir correctamente la circulación sanguínea sistémica bombeada alrededor del cuerpo por el corazón. En 1733, Stephen Hales realizó la primera medición de la presión arterial registrada en la historia. Hales también describió la importancia del volumen sanguíneo en la regulación de la presión arterial. La contribución de las arteriolas periféricas en el mantenimiento de la presión arterial, definida como «tono», fue hecha por primera vez por Lower en 1669 y posteriormente por Sénac en 1783. El papel de los nervios vasomotores en la regulación de la presión arterial fue observada por investigadores como Claude Bernard(1813-1878), Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894) y Augustus Waller (1856-1922). El fisiólogo británico William

Bayliss (1860-1924) profundizó este concepto en una monografía publicada en 1923.

En 1808, Thomas Young realizó una descripción inicial de la hipertensión como enfermedad. En 1836, el médico Richard Bright observó cambios producidos por la hipertensión sobre el sistema cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. La presión arterial elevada por primera vez en un paciente sin enfermedad renal fue reportada por Frederick Mahomed (1849-1884). No fue hasta 1904 que la restricción de sodio fue defendida mientras que una dieta de arroz se popularizó alrededor de 1940.

Cannon y Rosenblueth desarrollaron el concepto de control humoral de la presión arterial e investigaron los efectos farmacológicos de la adrenalina. Tres colaboradores que permitieron avanzar el conocimiento de los mecanismos humorales de control de presión arterial son T. R. Elliott, Sir Henry Dale y Otto Loewi.

En 1868, George Johnson postuló que la causa de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en la enfermedad descrita por Bright fue la presencia de hipertrofia muscular en las arterias más pequeñas por todo el cuerpo. Nuevos estudios patológicos clínicos por sir William Gull y HG Sutton (1872) dieron lugar a una descripción más detallada de los cambios cardiovasculares producidos en la hipertensión. Frederick Mahomed fue uno de los primeros médicos en incorporar sistemáticamente la medición de la presión arterial como parte de una evaluación clínica.

El reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt. Observaciones por Janeway y Walhard llevaron a demostrar el daño de un órgano blanco, el cual calificó a la hipertensión como el «asesino silencioso». Los conceptos de la renina, la angiotensina y aldosterona fueron demostrados por varios investigadores a

finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Nikolái Korotkov inventó la técnica de la auscultación para la medición de la presión arterial. Los nombres Irvine H. Page, Donald D. Van Slyke, Harry Goldblatt, John Laragh y Jeremy B. Tuttle son prominentes en la literatura sobre la hipertensión, y su trabajo mejora la actual comprensión de las bases bioquímicas de la hipertensión esencial. Cushman y Ondetti desarrollaron una forma oral de un inhibidor de una enzima convertidora a partir de péptidos de veneno de serpiente y se les acredita con la síntesis exitosa del antihipertensivo captopril.

Etiología de la Hipertensión arterial

●**Primaria** en una 90% de los casos, también se le llama esencial o idiopática, hablamos de esta patología cuando **existen múltiples factores** que están recibiendo en el desarrollo de esa hipertensión, como son múltiples los factores que originan esta hipertensión si nosotros eliminamos una quedan las otras y lamentablemente el Paciente será hipertenso toda su vida.

Causas:

1.-Ingesta excesiva de sodio en los pacientes hipertensos se ha observado que son incapaces de modular la ingesta de sodio por la excreta, normalmente nosotros ingerimos gran cantidad de sodio y deberíamos de excretar esa cantidad de sodio y eso es lo que se llama la modulación del sodio. Lamentablemente la mayoría de los pacientes hipertensos son incapaces de modular esa ingesta de sodio y este sodio que queda en exceso se queda en el organismo, se cree que estos pacientes tienen una alteración a nivel de la nefrona entonces se habla de la alteración que tengan estos pacientes y tan es así que cuando nosotros interrogamos a un paciente hipertenso él nos refiere que sus padres son hipertensos sus abuelos son

hipertensos hay un gran componente familiar esto se denomina transmisión genética multifactorial.

Si un padre es hipertenso el hijo tiene 25 % de ser hipertenso, si los 2 padres son hipertensos el hijo tiene un 50 % de desarrollar la hipertensión.

2.-Estrés, el estrés produce catecolaminas, al activarse estas catecolaminas producen vasoconstricción y aumentan la resistencia periférica y va a llevar entonces al desarrollo de HTA.

3.-Sistema renina angiotensina aldosterona que es el caso que se ha implicado más con el desarrollo de HTA

4.-Hiperinsulinismo, el exceso de insulina esto se observa en pacientes obesos pero esto no quiere decir que un paciente delgado no tenga hiperinsulinismo, el hiperinsulinismo produce HTA por cuatro mecanismos:

- 1) Va hacer que se excrete menos cantidad de sodio a nivel renal
- 2) Va aumentar la actividad simpática, por lo tanto va a provocar la liberación de catecolaminas va a producir vasoconstricción
- 3) Va a permitir que entre mayor cantidad de calcio al musculo liso vascular produciendo vasoconstricción
- 4) Va a producir una hipertrofia estructural donde la hipertrofia del musculo liso es irreversible y el paciente será hipertenso toda su vida

5.- Desequilibrio entre óxido nítrico y Endotelina. Otra causa son los factores endoteliales, a nivel del endotelio vascular se encuentra produciendo sustancias una sustancia vasoconstrictora que es la endotelina y una sustancia que es vasodilatadora que es el óxido nítrico, entonces para que la presión arterial este normal debe haber un equilibrio entre la producción de endotelina y la producción de óxido nítrico, que pasa? Se ha observado que en estos Pacientes hipertensos primarios hay una disfunción endotelial y

entonces estos Pacientes van a tener un aumento en la producción de endotelina con una disminución en la producción de óxido nítrico

6.- Desnutrición en útero. Los Pacientes que hayan tenido bajo peso al nacer, se cree que una desnutrición en útero lleva al desarrollo de una HTA porque esta desnutrición lleva a la muerte de las nefronas, entonces el Px nace con una disminución de nefronas y esto ocasiona que no haya una excreción normal del sodio

•**Secundaria** corresponde al 10% restante, hablamos de esta patología cuando existe **una causa específica** que está produciendo esta hipertensión y al nosotros eliminarla podemos curar al paciente.

Causas:

- 1- **Renales**, lesiones a nivel del parénquima renal o que tengan problemas a nivel de las arterias renales, cualquier afectación en los riñones.

2-Endocrinas

* Ingestión anticonceptivos orales porque ellos aumentan el angiotensinogeno y al aumentar el angiotensinogeno mayor cantidad se va a transformar en angiotensina 1 se produce toda esa cascada del sistema renina-angiotensina-aldosterona y lleva entonces a angiotensina 2 a la vasoconstricción y eleva a la presión arterial y por otro lado la angiotensina 2 va actuar en la corteza suprarrenal para producir aldosterona acciona al sodio, el sodio arrastra agua aumentando la volemia, aumentando el gasto cardiaco y aumenta la presión arterial.

La presión arterial depende de 2 parámetros: el gasto cardiaco y la resistencia periférica

*Patologías en la glándula suprarrenal como: hiperaldosteronismo llámese primario o secundario donde existe un aumento de la producción de aldosterona generalmente un adenoma que se encuentra en la corteza que produce grandes cantidades de aldosterona, o Px que tienen un síndrome de Cushing donde existe también un adenoma que produce grandes cantidades de cortisol o también Px que presente un tumor a nivel de la medula suprarrenal donde se produce grandes cantidades de catecolaminas que también van a llevar a un desarrollo de una HTA.

*Hipertiroidismo que va aumentar la presión sistólica o un hipotiroidismo que va aumentar la presión diastólica, todo esto fueron causas endocrinas en la HTA secundaria

*Acromegalia de tipo endocrino donde tenemos un tumor que se encuentra generalmente a nivel de la hipófisis que produce grandes cantidades de hormonas de crecimiento.

3-Coartación de la aorta donde existe una disminución del calibre de la aorta originando que el Paciente sea hipertenso en los miembros superiores e hipotenso en los miembros inferiores y al hacer el diagnostico con la toma de tensión nosotros podemos hacer el diagnostico e intervenir quirúrgicamente eliminando la coartación y desapareciendo la HTA.

Clasificación de Hipertensión Arterial.

Clasificación de la Hipertensión arterial según Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sitólica		Diastólica
Normal	< 120	y	< 80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Estadio 1	140–159	o	90–99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	o	≥ 100

Clasificación de la Hipertensión arterial según la Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sitólica		Diastólica

Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión Grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión Grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	Y	< 90

Epidemiología de la Hipertensión Arterial

La hipertensión es una de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón.

La prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%). En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2012, los Estados Miembros de la OMS establecieron la meta de reducir en un 25% para 2025 el número de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

Uno de cada tres adultos sufre de Hipertensión Arterial, uno de cada tres personas que padecen de hipertensión arterial desconoce de su enfermedad y una de cada tres pacientes diagnosticados y que están siendo tratados con hipertensión arterial no logra mantener sus cifras por debajo de 140/90mmHg.

El problema de esta enfermedad, es que a pesar de ser común aproximadamente el 30% de la población mundial la padece; la mayoría de las personas lo desconoce. Además en ocasiones es asintomática y esto trae como consecuencia que no se diagnostique a tiempo, falta de tratamiento adecuado, lo cual desencadena patologías mas graves tanto en la esfera cardiovascular como alteraciones cerebro vasculares. En Venezuela solo la mitad de los pacientes con Hipertension Arterial están diagnosticados y con tratamiento.

Durante este año 2013 han sido objetivo principal del MPPS los programas dirigidos a la promoción, toma de conciencia sobre las causas y consecuencias de la Hipertension Arterial asi como animar a la población a modificar sus estilos de vida, mejorando asi su calidad de vida respectivamente.

Factores Modificables

La hipertensión arterial es una patología que si bien es crónica, puede estar sujeta a variaciones dependiendo de los habitos y el estilo de vida que la persona decida adoptar desde que es diagnosticada, habitos que bien

pueden colaborar con la sintomatología clínica del paciente o empeorarla de no ser modificados; es bueno incentivar al paciente que tiene factores de riesgo a que tome en consideración las modificaciones en pro de la salud del individuo.

Dieta y Estilo de vida.

Revisiones recientes han estudiado la influencia del consumo de sal en la dieta asociando la reducción de 12 a 3 gr diarios tanto en hipertensos como en normotensos marca una disminución de la presión arterial en el componente sistólico fundamentalmente. La dieta recomendada es una rica en vegetales y frutas y bajo niveles de sodio, disminuye las cifras tensionales en personas con factores de riesgo acompañantes.

El consumo de café y te en dosis moderadas a largo plazo no tiene efectos, no así el alcohol el cual tiene un efecto dosis dependiente que es mayor en personas con cifras tensionales elevadas.

Tabaquismo

En los fumadores el Monóxido de Carbono (CO) produce hipoxia del endotelio vascular favoreciendo la formación de placas de ateroma por el aumento de la permeabilidad al colesterol circulante. La nicotina aumenta de forma aguda la presión arterial ½ hora posterior al fumar y no se desarrolla tolerancia, por lo que la presión arterial seguirá aumentando progresivamente.

Es necesario que al individuo diagnosticado le sea recomendado el abandono inmediato del hábito tabáquico el cual solo es acatado por el 13 al 23% de los pacientes, algunos incluso necesitan de ayuda con parches de nicotina e incluso chicles para el cese del hábito.

Obesidad, Sedentarismo y Ejercicio

La obesidad es una enfermedad crónica, considerada un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad coronaria, hipertensión, insuficiencia y fallo renal. La obesidad contribuye a la hipertensión por mecanismos tales como: resistencia insulínica e hiperinsulinemia, aumento de la actividad adrenérgica y de las concentraciones de aldosterona, retención de sodio y agua e incremento del gasto cardíaco, alteración de la función endotelial entre otros. Un IMC (Índice de Masa Corporal) elevado incrementa claramente el riesgo de Hipertension Arterial y cuando este es mayor de 30 el riesgo aumenta el doble que entre los no obesos.

Estudios recientes han demostrado que el ejercicio aerobico reduce las cifras tensionales tanto en hipertensos como en normotensos y es un beneficio agregado también en pacientes con sobrepeso. Al paciente hipertenso se le debe orientar y motivar a realizar ejercicio físico para que mejore su presión arterial y disminuya sus factores de riesgo coronario. El ejercicio en estas poblaciones ha demostrado ser una buena herramienta terapéutica. Se ha visto que pacientes hipertensos físicamente activos tienen menor tasa de mortalidad que los sedentarios.

Investigaciones recientes han demostrado que el ejercicio aeróbico esta asociado con una reducción de 4,9/3,7 mmHg en la presión arterial en pacientes hipertensos, descenso que no varía según la frecuencia o intensidad del ejercicio, sugiriendo así, que todas las formas son efectivas.

Alteraciones Psicológicas

Existe un aumento de las cifras tensionales cuando el individuo se encuentra ante situaciones de estrés como desempleo, conflictos familiares y personales y hasta un simple ambiente ruidoso y también un aumento de la

actividad simpática específicamente en pacientes con hipertensión arterial utilizando en ocasiones tratamientos ansiolíticos. Si bien no hay relación entre depresión e Hipertensión vale la pena acotar que en ocasiones algunos tratamientos antidepresivos causan aumento de la presión arterial también.

Factores de riesgo No modificables

son aquellos que por su naturaleza no pueden ser tratados o modificados como:

Herencia de padres a hijos se transmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son superiores que las de otras personas con padres normotensos. Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida.

Sexo: los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial y sólo las mujeres presentan, aunque después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexo.

Edad: la edad es otro factor no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial de manera que, tanto la presión arterial sistólica máxima como la diastólica mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. Se estima que el hombre (después de los 45 años) y la mujer (después de los 50 años) aumentan significativamente el riesgo a desarrollar hipertensión arterial. Sin embargo diversos estudios de control de cifras tensional en diversas

poblaciones han demostrado que cada vez es más frecuente en adultos jóvenes entre los 25 y 30 años.

Raza: las personas de raza negra presentan el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión a diferencia de los de raza blanca. Tal y como lo refiere Willson, J., Braunwald, W., Petersdorf, E. (Ob.Cit.):

“La prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial esencial son superiores en los individuos de raza negra 32%, en comparación a la raza blanca un 23%, asimismo, se evidencia diferencias hormonales o de regulación en pacientes de raza negra poseen mayor sensibilidad al sodio (sal) y responden mejor a un determinado tratamiento, diuréticos y/o antagonistas del calcio. Hemodinámicamente, el paciente de raza negra diagnosticado con hipertensión se caracteriza por resistencia vascular periférica elevada, el gasto cardiaco disminuido con un volumen de sangre expandido y la actividad renina Plasmática baja. (p.1435)”

Manifestaciones Clínicas

La Hipertensión arterial es una enfermedad donde frecuentemente no se presentan manifestaciones clínicas específicas, sin embargo, en el transcurso del tiempo va causando daños progresivo en algunos órganos, tales como el corazón, el riñón, el cerebro, la retina, entre otros. Los cuales finalmente expresaran manifestaciones clínicas, en ocasiones estas serán graves, producto del daño irreversible provocado por las altas cifras de presión arterial y que pueden producir incapacidad o incluso la muerte.

Este comportamiento de la enfermedad le ha conferido el título del "asesino silencioso", porque tras un gran número de años de padecer la enfermedad sin ningún síntoma, un día se manifiesta como un Infarto Cardíaco, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Embolia y sus consecuencias incapacitantes, Insuficiencia renal crónica, arritmias, etc.

Clínica de la Hipertensión Arterial No Complicada

Hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a la hipertensión, el síntoma más frecuente es la cefalea generalmente suele ser fronto-occipital.

Otros síntomas inespecíficos: cinetosis (mareo, vértigo, inestabilidad en la marcha), palpitaciones, fatiga fácil e incompetencia eréctil, disnea, trastornos de la visión (escotomas, alteraciones en la agudeza visual), acúfenos, síncope, nicturia, fallos en la capacidad de concentración o en la memoria (amnesia), dolor torácico, somnolencia o insomnio, irritabilidad (ansiedad, nerviosismo), depresión, parestesias en manos. Sin embargo ninguno de ellos permite establecer un diagnóstico definitivo

Clínica de la Hipertensión Arterial Complicada

Las repercusiones son a nivel sistémico y determinan la sintomatología del paciente; así, a nivel cardíaco pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca congestiva y si existe arterioesclerosis de los

vasos coronarios determinara cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a infarto cerebral.

Complicaciones de la Hipertensión Arterial

Complicaciones vasculares

En general las complicaciones vasculares de la hipertensión se pueden dividir en hipertensivas y ateroscleróticas. Las hipertensivas se deben al aumento de la presión arterial y se previenen con el control de la misma. Las ateroscleróticas son multicausales y, a pesar de que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para aterosclerosis en términos cuantitativos, su control no es suficiente para interrumpir el proceso (tabla 1).

Complicaciones vasculares de la hipertensión arterial sistémica	
Hipertensivas	Hipertensión acelerada y maligna. Hemorragia cerebral. Insuficiencia cardíaca. Diseccción aórtica. Nefroesclerosis.
Ateroescleróticas:	Enfermedad coronaria. Muerte súbita. Otras arritmias. Accidente cerebrovascular trombótico. Enfermedad vascular periférica.

Tabla 1. Complicaciones vasculares de la hipertensión arterial sistémica

Hipertensión acelerada y maligna: La hipertensión acelerada o maligna se caracteriza clínicamente por una presión arterial muy elevada y una

retinopatía hipertensiva (fondo de ojo grado III o IV). Su revalencia es escasa y puede aparecer en cualquier forma de hipertensión tanto esencial como secundaria. Los dos principales factores que determinan su aparición son el nivel absoluto de presión arterial y su rapidez de instauración. Esta forma de hipertensión acostumbra a ser sintomática, con múltiples complicaciones acompañantes y de no tratarse puede ser incluso fatal. Constituye una verdadera urgencia médica, requiriendo la administración de fármacos por vía parenteral. Se describe el objetivo terapéutico inmediato, así como pautas de selección del fármaco según el paciente y las complicaciones presentes.

Hemorragia cerebral: La hipertensión arterial ha sido tradicionalmente considerada la causa predominante de hemorragias cerebrales, ocurre entre el 5 y el 15 por ciento de todos los accidentes cerebro vasculares.

Insuficiencia cardíaca: Es una situación grave, progresiva e irreversible a la que potencialmente pueden abocar la mayoría de los pacientes cardiopatas. No se trata de una enfermedad concreta, sino de un amplio síndrome, y de aquí surge la dificultad para establecer una única definición universalmente aceptada. Una de las más habituales establece que la IC es la incapacidad del corazón para bombear la sangre necesaria para proporcionar los requerimientos metabólicos del organismo, o bien cuando esto sólo es posible a expensas de una elevación de la presión de llenado ventricular.

Complicaciones cardíacas

La hipertensión aumenta la tensión sobre el miocardio del ventrículo izquierdo, provocando rigidez e hipertrofia, y acelera el desarrollo de aterosclerosis coronaria. Así, en el paciente hipertenso con aumento de la

demanda de oxígeno y una menor disponibilidad, está aumentada la probabilidad de isquemia del miocardio, lo que ocasiona una alta incidencia de infarto del miocardio, muerte súbita, arritmias e insuficiencia cardíaca congestiva.

La hipertrofia ventricular izquierda es un importante factor de riesgo cardiovascular independiente del nivel de presión arterial. Koren y colaboradores, entre 1976 y 1981, evaluaron con ecocardiogramas 253 pacientes con hipertensión leve y ninguna evidencia de enfermedad cardíaca y los evaluaron en promedio 10.2 años más tarde; los pacientes con hipertrofia ventricular izquierda (encontrada en 69 pacientes) tenían una alta proporción de eventos cardiovasculares (26% vs 12%), muerte de causa cardiovascular (14% vs 0.5%) y mortalidad por todas las causas (16% vs 2%); la medición de la masa ventricular izquierda por ecocardiografía ayuda al clínico a decidir cuándo inicia el tratamiento farmacológico en pacientes seleccionados.

El aumento en el índice de complicaciones cardiovasculares en estos pacientes se explica por deterioro de la reserva coronaria, aumento de la prevalencia y severidad de las arritmias, contracción miocárdica alterada y disfunción diastólica; por lo tanto la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda es vital para la reducción del riesgo.

La obesidad y el sodio de la dieta modulan el grado de hipertrofia ventricular izquierda independientemente del nivel de presión arterial; por este motivo medidas no farmacológicas como la reducción del peso, restricción de sal y aumento en la actividad física contribuyen a la reducción de la masa ventricular izquierda. Schmieder y colaboradores demuestran en su estudio que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los calcioantagonistas reducen el índice de masa ventricular izquierda, 13% y

9% respectivamente; los diuréticos y betabloqueadores fueron menos³⁶ efectivos con 7% y 6%. Basado en lo anterior los medicamentos de elección para el tratamiento son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los calcioantagonistas.

La muerte súbita es otra complicación importante en el 50% de los pacientes que padecen enfermedad coronaria; se produce por dos mecanismos principales: fibrilación ventricular y asistolia en 80 y 20% de los casos respectivamente.

Los betabloqueadores han demostrado disminuir la muerte súbita por mecanismos no aclarados; en animales se ha encontrado que aumentan el umbral para fibrilación ventricular en perros con y sin isquemia, además, a nivel central bloquean la supresión vagal inducida por el estrés, lo cual evita la variabilidad de la frecuencia cardíaca, un potencial mecanismo para muerte súbita (principalmente con betabloqueadores lipofílicos como propranolol y metoprolol); también modifican el aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial como respuesta al estrés, lo cual ayuda a disminuir el consumo de oxígeno por el miocardio. Por lo anotado, los betabloqueadores se recomiendan en el manejo del paciente hipertenso con enfermedad coronaria.

Complicaciones renales

La hipertensión arterial es considerada la segunda causa de insuficiencia renal crónica en América, con una prevalencia del 25%. Aunque la hipertensión acelerada y maligna son causas bien documentadas de falla renal, su incidencia ha disminuido con el uso de los nuevos medicamentos; sin embargo, la incidencia de falla renal por hipertensión aumentó un 8.3% de 1983 a 1987, lo cual sugiere que la hipertensión leve y moderada también es causa de insuficiencia renal crónica ; persiste la duda de si esto es cierto,

ya que los anteriores hallazgos se basan en estudios retrospectivos y prospectivos no controlados; además, otros estudios a largo plazo con monitoreo de la función renal han demostrado una muy baja incidencia de deterioro, aunque recientemente se ha demostrado que el aumento de la presión arterial está asociado con un mayor riesgo de insuficiencia renal crónica terminal.

La nefroesclerosis es el hallazgo patológico encontrado en los pacientes con insuficiencia renal secundaria a la hipertensión arterial; sin embargo, actualmente se postulan otros mecanismos para desarrollo de nefroesclerosis, como episodios de hipertensión acelerada no diagnosticados, enfermedad de la microvasculatura renal que inducen hipertensión y enfermedades primarias del parénquima renal no diagnosticadas; la hipertensión arterial que a menudo acompaña la enfermedad renal puede ser el resultado de ella y a la vez un importante factor que contribuye al deterioro progresivo de la función renal (23). En nefropatía diabética y no diabética está ampliamente demostrado que la hipertensión arterial acelera el daño renal y es el principal factor que debe controlarse para evitar esta progresión.

El paciente con diabetes mellitus insulín dependiente con nefropatía incipiente (microalbuminuria persistente) los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) han demostrado su utilidad en demostrar la progresión a nefropatía manifiesta; los pacientes con nefropatía manifiesta (proteinuria clínica, hipertensión arterial y deterioro de la función renal) deben ser tratados si no hay contraindicaciones con IECA para retardar la progresión del daño renal, y el objetivo es llevar la presión arterial por debajo de 130/85 mm de Hg.

En el diabético no insulino dependiente con nefropatía incipiente normotenso no se ha demostrado la utilidad de los IECA en evitar la progresión a nefropatía manifiesta; aunque falten más estudios que demuestren el beneficio de los IECA, se debe usar para el control de la hipertensión arterial en los pacientes con nefropatía manifiesta.

En los casos en que exista contraindicación de los IECA, como alternativa terapéutica se considera los calcioantagonistas con actividad antiproteinúrica demostrada como verapamilo y diltiazem. En nefropatía no diabética con proteinuria menor de 24 horas, el nivel de presión arterial está por debajo de 130/85 mm de Hg; si la proteinuria es mayor de 1 gramo en 24 horas y no hay contraindicaciones, se debe disminuir por debajo de 125/75 mm de Hg. A pesar de que los IECA son los medicamentos antihipertensivos de elección para disminuir la proteinuria, se necesitan más estudios con otros medicamentos; sin embargo, en los casos de insuficiencia renal crónica con proteinuria mayor de 3 gramos en 24 horas, está demostrado claramente su beneficio.

Hipertensión y apoplejía

La apoplejía es la más devastadora complicación de la hipertensión arterial. El estudio de Framingham demuestra que la hipertensión es el más importante factor de riesgo modificable para apoplejía. Existen cinco categorías: infarto cerebral aterotrombótico, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea, embolia cerebral de origen cardíaco y episodios de isquemia cerebral transitoria. Después de 24 años de seguimiento en el estudio de Framingham ocurrieron 345 ataques de apoplejía, 60% correspondieron a infarto cerebral aterotrombótico; el riesgo de infarto cerebral estaba positivamente asociado con la tensión arterial.

El estudio de Rochester, Minnesota, muestra una diferente perspectiva de la asociación de hipertensión y apoplejía; la incidencia fue cuatro veces mayor en hipertensos comparados con normotensos. El mejor control de la tensión arterial muestra una relación inversa con la disminución en la incidencia de apoplejía en mujeres; en hombres fue evidente solamente hasta después de 10 años de buen control de la tensión arterial; la causa se

Desconoce. La hipertensión arterial predispone a apoplejía a través del efecto sobre las arterias cerebrales penetrantes de pequeño calibre y por acelerar la aterosclerosis. Los factores que precipitan el evento en el territorio de los vasos dañados por la hipertensión no han sido totalmente aclarados

EXAMENES PARACLINICOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Los exámenes de laboratorio que se practican al hipertenso buscan establecer el impacto de la enfermedad sobre los órganos blanco, detectar la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, estratificar el riesgo y definir el esquema de tratamiento.

Pruebas sistemáticas

- Glucemia en ayunas
- Colesterol total en suero
- Colesterol-LDL en suero
- Colesterol-HDL en suero
- Triglicéridos séricos en ayunas
- Potasemia
- Ácido úrico en suero

- Creatinina sérica
- Aclaramiento de creatinina (fórmula de CockcroftGault) o filtración glomerular (fórmula MDRD) calculados
- Hemoglobina y hematocrito
- Análisis de orina (complementado con oligoalbuminuria mediante análisis con tira reactiva y examen microscópico)
- Electrocardiograma

Pruebas recomendadas

- Ecocardiograma
- Ecografía carotídea
- Proteinuria cuantitativa (en caso de análisis con tira reactiva positivo)
- Índice de PA en tobillo-brazo
- Fondo de ojo
- Prueba de sobrecarga de glucosa (en caso de glucemia en ayunas > 5,6 mmol/l (100 mg/dl))
- Monitorización domiciliar y ambulatoria durante 24 h de la PA
- Determinación de la velocidad de la onda del pulso (en caso de estar disponible)

Evaluación ampliada (competencia del especialista)

- Búsqueda en profundidad de lesión cerebral, cardíaca, renal y vascular. Obligatorio en caso de hipertensión arterial complicada
- Búsqueda de hipertensión arterial secundaria cuando lo sugieren la anamnesis, la exploración física o las pruebas sistemáticas: determinación de renina, aldosterona, corticosteroides y catecolaminas en plasma u orina, arteriografías, ecografía renal y suprarrenal, tomografía computarizada o resonancia magnética.

La evaluación con exámenes de laboratorio recomendada por el VII JNC incluye: uroanálisis, glucemia, hematocrito, potasio, creatinina sérica o filtración glomerular estimada, calcio, perfil lipídico con colesterol HDL, LDL, triglicéridos (ayuno de 9 a 12 horas previo a la toma) y electrocardiograma.

Algunos exámenes son considerados opcionales de acuerdo con el contexto clínico, como la determinación de microalbuminuria o la relación albúmina/creatinina, depuración de creatinina, radiografía de tórax, ecocardiograma, hemoglobina glucosilada, TSH y doppler de arterias renales.

La determinación de glucosa sérica y perfil lipídico ayuda a definir de manera más acuciosa el riesgo cardiovascular.

Algunas veces el sedimento urinario es útil para monitorizar algunos tratamientos pero tiene una especificidad poco clara en el Diagnóstico de la HTA y para detectar nefropatías.

Todo paciente diagnosticado con hipertensión arterial debe contar con electrocardiograma de 12 derivaciones, que indique la condición basal para futura referencia de isquemia miocárdica, defectos en la conducción e hipertrofia del ventrículo izquierdo.

También se ha confirmado la importancia pronóstica adversa de la hipertrofia del ventrículo izquierdo, así como del espesor de la íntima-media de la carótida, junto con evidencias de que su prevalencia en hipertensos “normales y corrientes” es mucho más frecuente que la observada cuando sólo se practican las investigaciones sistemáticas. Sin estudios ecográficos en busca de hipertrofia del ventrículo izquierdo y de engrosamiento vascular o placas, es posible clasificar de forma errónea hasta al 50% de los hipertensos como de riesgo añadido bajo o moderado, en tanto que la presencia de lesión cardíaca o vascular los clasifica en un grupo de riesgo más alto.

Debido a la importancia de la lesión orgánica subclínica como etapa intermedia en el espectro continuo de la vasculopatía y como determinante del riesgo cardiovascular total, han de buscarse minuciosamente signos de afectación orgánica mediante las técnicas oportunas:

1. Corazón: un electrocardiograma debe formar parte de la evaluación sistemática de los sujetos con una PA elevada como ya se mencionó a fin de detectar hipertrofia del ventrículo izquierdo, patrones de “sobrecarga”, isquemia y arritmias. Se recomienda realizar un ecocardiograma cuando se considera útil una detección más sensible de la hipertrofia del ventrículo izquierdo. Mediante la ecocardiografía pueden definirse patrones geométricos, de los que la hipertrofia concéntrica es el que conlleva un peor pronóstico. La disfunción diastólica puede evaluarse mediante Doppler transmitral.

2. Vasos sanguíneos: se recomienda una ecografía de las arterias carótidas cuando se considera útil la detección de hipertrofia vascular o aterosclerosis asintomática. La rigidez de las arterias de gran calibre (que da lugar a

hipertensión sistólica aislada en los ancianos) puede medirse mediante la velocidad de la onda del pulso.

Podría recomendarse de una forma más generalizada en caso de que su disponibilidad fuera mayor. Un índice de PA en el tobillo-brazo bajo señala la existencia de una arteriopatía periférica avanzada.

3. Riñón: el diagnóstico de la lesión renal relacionada con la hipertensión se basa en una función renal reducida o una excreción urinaria elevada de albúmina. La estimación a partir de la creatinina sérica de la filtración glomerular (fórmula MDRD, que requiere edad, sexo y raza) o el aclaramiento de creatinina (fórmula de Cockcroft-Gault, que también requiere el peso corporal) ha de ser un procedimiento sistemático. En todos los hipertensos debe buscarse proteinuria mediante una tira reactiva. En los pacientes con una tira reactiva negativa ha de determinarse la presencia de una albuminuria de bajo grado (oligoalbuminuria) en una muestra de orina puntual y en relación con la excreción urinaria de creatinina.

4. Fondo de ojo: la exploración del fondo de ojo sólo se recomienda en caso de hipertensión intensa. Las alteraciones retinianas leves son, en gran medida, inespecíficas, salvo en los pacientes jóvenes. Hemorragias, exudados y edema de papila, que sólo están presentes en la hipertensión intensa, se asocian a un mayor riesgo CV.

5. Cerebro: en los hipertensos no son infrecuentes los infartos cerebrales asintomáticos, infartos lagunares, microhemorragias y lesiones de la sustancia blanca, que pueden detectarse mediante RM o TC. Su disponibilidad y coste no permite el uso indiscriminado de estas técnicas. En los ancianos hipertensos, las pruebas cognitivas ayudan a detectar un deterioro cerebral inicial.

Prevención y tratamiento de la Hipertensión Arterial

Las modificaciones del estilo de vida previenen o retrasan la incidencia de hipertensión, mejoran la acción de los fármacos antihipertensivos y disminuyen el riesgo cardiovascular. (Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial, p. 10, 2003)

La prevención está dirigida a disminuir los factores de riesgo que aumentan la incidencia de hipertensión en la población general. Las estrategias que se emplean en la prevención primaria de la enfermedad son las mismas que se aprovechan para el tratamiento no farmacológico de la HTA y deben aplicarse a todos los pacientes tanto los normotensos como los que requieren tratamiento farmacológico.

Según el séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión, la adopción de estilos de vida saludable por parte de todas las personas es fundamental para la prevención de la elevación de la presión arterial y una parte indispensable en el manejo de hipertensos. La presión arterial se beneficia de la pérdida de peso en unos 4.5 Kg, ya que, este cambio produce un descenso de las cifras tensionales en personas hipertensas o previene la hipertensión en personas obesas.

El plan dietético DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ha demostrado ser beneficioso, una dieta rica en frutas vegetales y productos diarios bajos en grasas con un contenido reducido en grasas saturadas y totales (modificación de dieta total) rica en potasio y contenido cálcico. El sodio de la dieta debería reducirse a no más de 2.4 g de sodio al día. También recomienda actividad física anaeróbica regular como caminar rápido por 30 minutos la mayoría de los días de la semana, el consumo de alcohol

debe limitarse a no más de 1oz diaria para los hombres y 0,5 oz para las mujeres. Se recomienda que en todas las reducciones del riesgo cardiovascular deba aconsejarse fuertemente al paciente para abandonar el tabaco. La combinación de dos o más cambios en el estilo de vida puede mejorar considerablemente las cifras tensionales del paciente.

De acuerdo a la guía de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria los lineamientos a seguir para la mejora del estilo de vida son los siguientes:

Fomentar hábitos de vida saludables: recomendar a todos los pacientes.

- Perder peso.
- Aumentar el consumo de frutas y vegetales, y reducir el consumo de grasas.
- Hacer ejercicio físico.
- Reducir el consumo de sal.
- Reducir el consumo excesivo de alcohol.
- Dejar de fumar.

Peso ideal

La pérdida de peso es la medida inicial más eficaz para bajar la tensión, sobre todo en los pacientes con sobrepeso. Si son obesos es imprescindible. Reducir 4 ó 5 Kg. produce ya descensos de presión arterial importantes. La obesidad se determina calculando el índice de masa corporal (IMC) y midiendo el perímetro de la cintura (obesidad abdominal).

El IMC se calcula dividiendo el peso en kg entre la talla (en metros) al cuadrado. IMC menor de 18,5: delgadez o peso insuficiente, de 18,5 a 24,9:

normal, de 25 a 29,9: sobrepeso, 30 ó más: obesidad; se considera obesidad mórbida de 40 a 49,9 y obesidad extrema por encima de 49,9. *(Adaptado del consenso de SEEDO 2007).*

El perímetro de cintura se mide en la línea media entre el reborde costal y la cresta iliaca. No debe superar los 102 cm en hombres y 88 en mujeres; cualquier cifra por encima de las citadas indica obesidad abdominal y es un factor de riesgo cardiovascular independiente de la propia HTA.

Alimentos

Conviene limitar el consumo de carne y grasas de origen animal, y sustituirlo por pescado, frutas, verduras y alimentos ricos en calcio (los lácteos deben ser desnatados si además se padece obesidad o aumento del colesterol, en especial en pacientes con insuficiencia renal).

Ejercicio físico regular

Caminar a buen paso 45-60 minutos diarios, nadar o pedalear puede ser suficiente para disminuir la presión arterial, mejorar la forma física general y la cardiovascular. Ayuda a bajar peso, si se mantiene la dieta. Se debe hacer con supervisión médica, para descartar situaciones que contraindiquen el ejercicio.

Estrés

Evitar en lo posible las situaciones de estrés. Pueden producir subida de la presión arterial potencialmente peligrosa.

Alcohol

Las personas que consumen mucho alcohol tienen la presión arterial más alta. Suprimir o disminuir la cantidad la hace descender a los pocos

días. Si se toman cantidades moderadas (una copa de vino tinto en las comidas) no suele haber ningún problema.

Sal

Los alimentos tienen suficiente sal para las necesidades del organismo. El exceso favorece la HTA porque retiene líquidos. Se aconseja cocinar con poca sal, no añadirla en la mesa y evitar los alimentos precocinados, conservas, embutidos, salazones, ahumados, pastillas para caldo, etc. Se pueden utilizar otros condimentos y cocinar al vapor o a la plancha.

Café

Produce una subida de presión arterial ligera y de corta duración. No se prohíbe, pero sí se recomienda limitar el consumo a tres tazas diarias.

Tabaco

Debe evitarse ya que es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Cada cigarro produce una subida de la PA pasajera y reversible, pero el daño vascular se acumula. Cuando la reducción de PA es insuficiente con las medidas expresadas arriba, es necesario añadir tratamiento farmacológico con uno o más medicamentos.

Según el Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial, los fármacos recomendados para su tratamiento se observan en la siguiente tabla.

Clases	Fármaco	Rango dosis usual Mg/d	Frecuencia diaria usual ⁹
Diuréticos tiazídicos	Clorotiazida	125-500	1-2
	Clortalidona	12.5-25	1
	Hidroclorotiazida	12.5-50	1
	Politiazida	2-4	1
	Indapamida	1.25-2.5	1
	Metolazona	0.5-1.0	1
	Metolazona	2.5-5	1
Diuréticos de Asa	Bumetanida	0.5-2	2
	Furosemida	20-80	2
	Torasemida	2.5-10	1
Diuréticos ahorradores de potasio	Amilorida	5-10	1-2
	Trianterene	50-100	1-2
Bloqueantes receptores aldosterona	Epleronona	50-100	1
	Espironolactona	25-50	1
Betalqueantes	Atenolol	25-100	1
	Betaxolol	5-20	1
	Bisoprolol	2.5-10	1
	Metoprolol	50-100	1-2
	Metoprolol lib. Retardada	50-100	1
	Nadolol	40-120	1
	Propanolol	40-160	2
	Propanolol acción prolongada	60-180	1
	Timolol	20-40	2
BB con actividad simpaticomimética intrínseca	Acebutolol	200-800	2
	Penbutolol	10-40	1
	Pindolol	10-40	2
Combinaciones Bloqueantes	Carvedilol	12.5-50	2
	Labetalol	200-800	2
IECA	Benazepril	10-40	1
	Captopril	25-100	2
	Eralapril	5-40	1-2
	Fosinopril	10-40	1
	Lisinopril	10-40	1
	Moexipril	7.5-30	1
	Perindopril	4-8	1
	Quinapril	10-80	1
	Ramipril	2.5-20	1
	Trandolapril	1-4	1
ARA II	Candesartan	8-32	1
	Eprosartan	400-800	1-2
	Irbesartan	150-300	1
	Losartan	25-100	1-2
	Olmesartan	20-40	1
	Telmisartan	20-80	1
	Valsartan	80-320	1-2
CA no dihidropiridinas	Diltiazem lib. Retardada	180-420	1
	Verapamil lib. inmediata	120-540	1
	Verapamil larga acción	120-480	1-2
	Verapamil	120-360	1
CA Dihidropiridinas	Amlodipino	2.5-10	1
	Felodipino	2.5-20	1
	Isradipino	2.5-10	2
	Nicardipino lib. retardada	60-120	2
	Nifedipino acción prolongada	30-60	1
	Nisoldipino	10-40	1
Bloqueantes -1	Doxazocina	1-16-1	1
	Prazocina	2-20	2-3
	Terasocina	1-20	1-2
Agonistas centrales -2 y otros fármacos de acción central	Clonidina	0.1-0.8	2
	Clonidina parches	0.1-0.3	1 semana
	Metildopa	250-1000	1
	Reserpina	0.1-0.25	1
	Guanfacina	0.5-2	1
Vasodilatadores directos	Hidralacina	25-100	2
	Minoxidil	2.5-80	1-2

Integración de las Áreas Cardiovascular, Renal y Endocrino-Metabólica (CAREM)

Misión del CAREM

Planificar, coordinar, integrar y viabilizar el desarrollo del programa cardiovascular en sus aspectos de promoción de la salud, prevención de factores de riesgo y de enfermedades cardiovasculares, en concordancia con los principios, políticas, prioridades y estrategias, establecidas en el MSDS para lograr en la población una atención integral de salud, con un enfoque social, de alta calidad.

Visión del CAREM

Población Venezolana con óptimas condiciones de vida y mínimos factores de riesgo de morbi- mortalidad, beneficiada con acciones integrales en las Áreas de Salud Cardiovascular, Renal y Endocrino-Metabólica: INICIATIVA CAREM

La integración de estas Áreas está dada para:

- Promoción de factores protectores de vida
- Abordaje de los Factores de Riesgo comunes
- Manteniendo especificidad en la ATENCIÓN altamente especializada de cada una de las Áreas de CAREM.

Justificación

ACCIONES CONJUNTAS:

- Educación en salud.
- Participación Social
- Articulación Intersectorial
- Detección temprana de Riesgo.
- Referencia y Contra-Referencia de la población

- Atención temprana para minimizar las complicaciones
- Rehabilitación de bases comunitarias.

EJES PRIMORDIALES

- Salud como derecho social
- Intervención desde la salud y no desde la enfermedad
- Construcción de dinámicas de desarrollo social
- Aumento de capacidades y oportunidades de la población
- Mejoras en la calidad de vida y salud.

METODOLOGIA

Diseño de la Investigación

El Diseño de investigación se refiere al plan global o estrategias definidas por el investigador para abordar el tema en estudio y definir las herramientas teóricas y metodológicas para dar respuesta a las interrogantes planteadas para la consecución de los objetivos planteados.

La presente investigación se realiza bajo los esquemas del diseño de campo ya que los objetos estudiados se recogen directamente de la realidad y ambiente donde se desenvuelven y donde se puede constatar las verdaderas condiciones de las variables en estudio así como la veracidad de la información recolectada. Garantizando la obtención de datos confiables y de primera mano los cuales se analizan para obtener información importante sobre la problemática presentada.

Según Sabino, C (2002) plantea que

En los diseños de campo los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, son llamados primarios, denominación que alude al hecho de que son datos de primera mano, originales, producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza(p. 64)

La investigación también es considerada No Experimental ya que se adapta perfectamente a las necesidades permitiendo observar los fenómenos tal y como se presentan en su contexto para luego analizarlos.

Al respecto Hernández, R (2000) expresa que:

La investigación no experimental es una investigación sistemática y empírica en las que las variables no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre las variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se realizan tal y como se han dado en su contexto natural.(p. 80)

Con referencia a este planteamiento, el desarrollo del estudio se centra en una recolección de datos relativos a las variables de estudio, sin realizar manipulación, ni establecer condiciones para ello, pues el proceso de búsqueda se realizó en la propia realidad social, donde se produce la situación objeto de estudio.

El análisis se fundamenta, a nivel teórico, en la revisión de documentos, información bibliográfica y literatura que permite observar la interrelación de necesidades sociales, institucionales e individuales.

Tipo de Investigación

De acuerdo a la naturaleza y características del problema objeto de estudio, la investigación planteada es de tipo descriptiva, ya que dentro de la misma se describen los elementos, propios de la situación investigada, sin intervenir directamente en la modificación de las variables que se estudian. Este tipo de investigación permite establecer una vinculación entre los elementos teóricos y la realidad práctica que se tiene en un momento determinado. Según Sabino, C. (2002) plantea que: “Las investigaciones descriptivas utilizan criterios que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes” (p. 43)

Los estudios transversales son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo, no involucran seguimiento y útiles para evaluar necesidades del cuidado de salud y para el planeamiento de la provisión de un servicio. Importante para enfermedades crónicas que requieren atención médica en su duración.

Así mismo Sampieri Roberto hace referencia al tipo de investigación no experimental Transaccional o transversal (1997, Pág. 191 – 192) y explica lo siguiente “Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.

En este contexto, la investigación referida a el Estilo de Vida como Factor de Riesgo para desarrollar Hipertensión Arterial en pacientes de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey está orientada hacia una estrategia descriptiva para obtener de la realidad concreta, evidencias, información y datos que permiten tomar decisiones y plantear soluciones.

Esta modalidad de investigación permite establecer una vinculación entre los elementos teóricos y la realidad práctica que se tiene en un momento determinado, es decir, en realidades observables o hechos que ocurren en un área determinada, por lo que se puede señalar que esta investigación esta enmarcada dentro de los paradigmas de la investigación social en el area de la salud.

Población y Muestra

Población

La población está constituida por todos los elementos del estudio, es decir individuos u objetos de los cuales se desea conocer algo, en esta investigación esta representa la totalidad de los elementos que se encuentran implícitos en el fenómeno o realidad estudiada y constituyen la fuente de información, para conocer dicha realidad. Según lo expresado por Sabino, C. (2002) expresa que población "... es el universo objeto de estudio que reúne los datos de interés para el investigador." (p.32)

Al respecto se puede decir que la población objeto de estudio se encuentra representada por 21 pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del C Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey

Muestra

La muestra es la porción de la población sobre la cual se ejercen las prácticas metodológicas a fin de obtener datos sujetos a análisis. En la presente investigación la población es considerada como finita, y no plantea dificultad para el estudio, en virtud de que es posible medir cada uno de los individuos de la población, en este sentido, no fue necesario tomar una porción representativa de la misma.

El planteamiento anterior permite considerar el estudio de la totalidad, para garantizar una mayor precisión en cuanto a los resultados de la investigación, se consideró como muestra el 100% de la población, es decir, los 21 pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar del Ambulatorio urbano tipo II, Lino Maradey. Es importante señalar que una

población menor de cien elementos no es necesario realizar el proceso de muestreo, ya que la misma puede ser analizada completamente por los investigadores sin problema alguno.

Al respecto Sabino, C. (2002) señala que “... una población menor de cien personas no requiere ser muestreada para la obtención de los datos relacionados con ello, pues se pierde la representatividad de la misma”. (p. 68).

Técnica de Recolección de Datos

Con relación a los instrumentos de recolección de datos, estos están representados en principio, por cualquier recurso del cual pueda valerse el investigador para aplicarlo a los elementos muestrales, para así obtener la información que se requiere.

Para la recolección de información se implementa en primer término la técnica de la Observación Directa, con la cual el investigador observa cada uno de los procesos detenidamente y pueda establecer las diferencias necesarias. Esta técnica cada día cobra mayor credibilidad y su uso tiende a generalizarse, debido a que permite obtener información directa, y confiable de las situaciones investigadas.

Otra de las técnicas utilizadas en la recolección de información, es la Encuesta que es una de las más utilizadas, se fundamenta en el cuestionario o serie de preguntas que se preparan con el propósito de obtener información de las personas. Al respecto Toro Garrido (1.998) señala “La encuesta consiste en formular preguntas discretas a una muestra representativa de sujetos a partir de un cuestionario, con el fin de describir o

relacionar características necesarias para responder al problema de investigación” (p.87).

Particularmente, en este estudio se aplicó un cuestionario, conformados por un conjunto de 14 preguntas diseñadas cerradas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos del estudio. Según Ander-Egg, E. (1.998) señala que “El cuestionario es por definición, un instrumento de recolección de datos, que traduce y organiza determinados problemas que son objeto de investigación...” (p273).

En relación a la validación del instrumento, esta consiste de manera significativa en un grado de exactitud suficiente y satisfactoria de todo aquello que es objeto de investigación. El método a utilizado para este fin fue el método de Juicio de Expertos, el cual consiste en someter el instrumento a juicio de profesionales o especialistas en la construcción de instrumentos, los que después de revisarlos, sugerirán las correcciones a que haya lugar y su posterior aprobación.

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Tipo de análisis y presentación de resultados

El análisis realizado es de carácter descriptivo - inferencial, ya que su propósito principal consistió en registrar los hechos y opiniones en un marco conceptual, destacando sus aspectos más importantes pero sin interferir de manera directa en la afectividad del encuestado.

Procesamiento de Datos

Una vez presentado los datos en forma de distribución absoluta y porcentual, se procedió a realizar el análisis descriptivo de forma lógica y secuencial; tal como lo presentan los datos

Presentación de los Resultados

Los resultados se presentan en cuadro de frecuencia absoluta y porcentual, ubicando en el extremo izquierdo las alternativas de respuestas, que corresponden a cada ítems de la encuesta aplicada, en el centro las frecuencias, y en el extremo derecho los porcentajes relativos

Cuadro N°1

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS RESPECTO SI HA ASISTIDO A LA
CONSULTA POR PRESENTAR ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS: DOLOR
DE CABEZA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR TORÁCICO Y
PALPITACIONES**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	11	52%
NO	10	48%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Se obtiene que del 100% de la muestra constituida por 21 pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio tipo I Lino Maradey, el 52% que corresponde a 11 pacientes, afirman haber asistido a la consulta por presentar algún síntoma como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, dolor torácico y/o palpitaciones, mientras el 48% que representa a 10 pacientes niegan haber acudido por presentar algún síntoma de los nombrados anteriormente. Estos síntomas representan signos de alarma para acudir a un centro de salud y que deben ser tomados en cuenta para hacer seguimiento y descarte de hipertensión.

Cuadro N°2

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS RESPECTO A SI TIENE ALGÚN
FAMILIAR QUE PADEZCA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	17	81%
NO	04	19%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Se obtiene que del 100% de la muestra constituida por 21 pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio tipo I “Lino Maradei”, el 81% representado por 17 pacientes, afirman tener algún familiar que padezca hipertensión arterial, cuyos vínculos fueron: madres (6), padres (4), abuelos (5), hermanos (1) y tíos (1), mientras el 19% representado por 04 pacientes niegan tener algún familiar que padezca esta enfermedad. La herencia ha sido demostrada como un factor importante para el padecimiento de hipertensión arterial.

Cuadro N°3

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS ACERCA DE SI CONSUME
FRECUENTEMENTE
COMIDAS RICAS EN GRASA**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	06	29%
NO	15	71%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Se obtiene que del 100% de la muestra constituida por 21 pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio tipo I Lino Maradey, el 71% constituido por 17 pacientes, afirman consumir frecuentemente comidas ricas en grasas, mientras el 29% constituido por 06 pacientes niegan el consumo de estas. El consumo de comidas ricas en grasas está asociado a daños en la vasculatura y el exceso de peso corporal, así como otras patologías como síndrome metabólico.

Cuadro N°4

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS ACERCA DE SI CONSUME COMIDAS
PREPARADAS MUY CONDIMENTADAS**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	01	5%
NO	20	95%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Se obtiene que del 100% de la muestra constituida por 21 pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio tipo I Lino Maradei,, su mayoría con un 95% conformado por 20 pacientes, afirman consumir comidas preparadas muy condimentadas, y la minoría con un 5% conformado por 1 paciente niega el consumo de comidas preparadas y condimentadas. El

sodio se ha relacionado con la retención de líquidos situación que se ve asociada directamente con el aumento de la presión arterial.

Cuadro N°5

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS ACERCA DE SI REALIZA ALGUNA
ACTIVIDAD FÍSICA**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	02	10%
NO	19	90%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Se obtiene que del 100% de la muestra constituida por 21 pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio tipo I Lino Maradey, el 90% de los encuestados representado por 19 pacientes, niegan realizar alguna actividad física, y solo el 10% representado por 2 pacientes afirman realizar alguna actividad. La actividad física representa un factor que mejora la condición del sistema cardiovascular.

Cuadro N°6

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS ACERCA DE SI CON RELACIÓN A SI
USTED HACE EJERCICIO DIARIAMENTE**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	09	43%
NO	12	57%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Se obtiene que del 100% de la muestra constituida por 21 pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio tipo I Lino Maradei, el 57% de los encuestados constituido por 12 pacientes niega hacer ejercicios diariamente, mientras que un 43% constituido por 09 pacientes de los encuestados afirma realizar ejercicio diariamente. El ejercicio frecuente ayuda a mejorar la forma física general y cardiovascular del paciente además de prevenir el sobrepeso.

Cuadro N°7

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS RESPECTO A SI CONSUME USTED
BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	06	29%
NO	15	71%

Total	21	100%
--------------	----	------

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Se obtiene que del 100% de la muestra constituida por 21 pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio tipo I Lino Maradey, el 71% que representa a 15 pacientes de los encuestados, niegan consumir bebidas alcohólicas, y el 29% que representa a 06 pacientes afirman consumirlas. El consumo de alcohol ha demostrado tener influencia sobre el aumento de las cifras tensionales.

Cuadro N°8

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS ACERCA DE SI EN RELACIÓN A SI EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ES FRECUENTE

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
--------------------------------------	----------------------------	------------------------------

Si	03	14%
NO	18	86%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Analizando el cuadro número 8 en relación a la opinión de los encuestados 86% niegan consumir bebidas alcohólicas frecuentemente, sin embargo, 5 pacientes especificaron que consumen de manera ocasional, mientras que el 14% afirma el consumo de este tipo de bebidas es frecuente. Se ha demostrado que las personas cuyo hábito alcohólico es frecuente tienen una presión arterial alta.

Cuadro N° 9

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS RESPECTO A SI TIENEN HÁBITOS TABÁQUICOS

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	04	19%
NO	17	81%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

De acuerdo a los datos plasmados en cuadro n° 9, se puede afirmar que la mayoría de los pacientes encuestados representados por un 81% no tienen hábitos tabáquicos, mientras el 19% restante manifestó que si los tiene, siendo estos los pacientes que se encuentran en riesgo potencial de desarrollar patologías cardiovasculares e igualmente respiratorias.

Cuadro N° 10

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA OPINIÓN DE LOS
ENCUESTADOS EN RELACIÓN A LA EDAD EN QUE INICIARON SUS
HÁBITOS TABÁQUICOS**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
12 -18 años	03	14%
19-25 años	01	05%
>26 años	--	--
No Fumadores	17	81%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

De acuerdo a los datos proporcionados en el cuadro n° 10, se destaca que el 81% de los pacientes encuestados niega tener hábito tabáquico. Mientras que un 14% manifestaron haber iniciado el hábito tabáquico en el grupo etario comprendido entre 12-18 años de edad, y el 5% declaró haber iniciado el hábito tabáquico a en el grupo etario comprendido de 19-25 años. Se observa que el grupo de personas con hábitos tabáquicos el inicio fue a temprana edad lo que a largo plazo favorece daños a nivel vascular más acentuados que en las personas que pudiesen iniciar más tarde.

Cuadro N°11

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS ACERCA DE SI FUMAN
DIARIAMENTE**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	04	19%
NO	0	0
Ninguno	17	81%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

De acuerdo a los datos proporcionados en el cuadro número 11 según a la opinión de los encuestados el 81% de los pacientes niegan habito tabáquico, mientras que el 19% representado por 4 personas manifestaron que fuman diariamente, aumentando así el riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial u otras manifestaciones de origen cardiovascular.

Cuadro N°12

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS
ENCUESTADOS ACERCA DE SI FUMAN MÁS DE 10 CIGARRILLOS AL
DÍA**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	01	5%
NO	20	95%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Analizando el cuadro número 12, se puede evidenciar que la mayoría de los encuestados representados por el 95% expreso que no fuman mas de 10 cigarrillos diarios, mientras que el 5% restantes manifestaron que no, es importante destacar que el número de cigarrillos diarios forman un factor predictivo en el deterioro vascular y de esta manera el desarrollo de patologías como Hipertensión Arterial.

Cuadro N°13

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS ACERCA DE SI LA JORNADA DE
TRABAJO EXCEDE LAS 7,5 HORAS DIARIAS**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	05	24%
NO	16	76%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

Analizando los datos aportados por el cuadro n° 13 se puede observar que el 76% de los pacientes encuestados niegan exceder la jornada laboral establecidas en la legislación venezolana, mientras el 24%, representado por 5 pacientes, expresó que exceden dicha jornada, constituyendo así este último grupo de pacientes, desde el punto de vista de la medicina ocupacional, el que tendría mayor riesgo a desarrollar a mediano y largo plazo Hipertensión Arterial, debido al estrés producido.

Cuadro N° 14

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL EN RELACIÓN A LA
OPINIÓN DE LOS
ENCUESTADOS ACERCA DE SI REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD
RECREATIVA**

Alternativas de Respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
Si	13	62%
NO	08	38%
Total	21	100%

Fuente: Información obtenida de los pacientes de Medicina Familiar del Ambulatorio urbano tipo II Lino Maradey.

De acuerdo a los datos aportados por el cuadro n° 14 se puede observar que la mayoría de los pacientes entrevistados, representados por un 62%, afirman que realizan actividades recreativas, mientras que un sector de los mismos representados por un 38% niega la realización de estos. De

esta manera se puede inferir que teniendo al hombre como un ente biopsicosocial, es de suma importancia las actividades de espaciamento como terapia para disminuir el estrés de las actividades cotidianas, en su mayoría los encuestados al pedírsele que especificara manifestaron que aprovechan compartir con sus familias en actividades tipo ida al parque, caminar o ver películas.

CONCLUSIONES

La educación en salud en la Atención primaria, en especial en la Estrategia Salud de la Familia, es uno de los principales elementos de promoción de la salud, pues además de que los profesionales conozcan los factores de riesgo para diversas enfermedades, aquí nos referimos a la Hipertensión arterial, saber cuáles son los hábitos de vida de aquella población, siendo así más fácil implementar una intervención positiva.

La Herencia se encuentra asociada íntimamente a la HTA, siendo esta una enfermedad multifactorial, poligénica y heterogénea se estima que el riesgo de padecerla es de un 25% cuando uno de los padres es hipertenso y de un 50% cuando ambos progenitores lo son

Durante el presente estudio se pudo demostrar asociación entre variables estudiadas como el hábito cafeico, alcohólico, tabáquico, tratamiento y control médico periódico

Para eso, además de la necesidad de cambio de paradigmas biomédicos y de la valoración de nuevos conceptos sobre el proceso salud/enfermedad, es necesario que los usuarios de salud sean coproductores de un proceso educativo para los cambios de hábitos, contribuyendo para que disminuya la frecuencia de varios problemas, incluyendo la hipertensión arterial, mejorando la calidad de vida de la población y garantizando un envejecimiento saludable.

Las actividades educativas dirigidas a la población deben tener por objetivo prevenir la hipertensión arterial; para aquellos que ya padecen la hipertensión arterial las actividades deben ser enfocadas a la reducción de los niveles de presión arterial, control de otros factores de riesgo cardiovasculares y la reducción del uso de medicamentos antihipertensivos.

Las estrategias recomendadas deben orientarse al cese del tabaquismo y del uso abusivo de alcohol, reducción del peso entre aquellos con sobrepeso, implementación de actividades físicas, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de hortalizas y frutas, además de la disminución de alimentos grasos, estímulo al auto cuidado y la promoción de una vida saludable.

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

Hernández, H. y Otros (27 de Junio 2013). Proyecto ISS – ASCOFAME
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/hipertesion.pdf>

García, P. y Otros(7 Julio 2013). Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v45n2/hipertenci%F3n.pdf>

Murillo-Godínez, G. (28 de Junio 2013). El asesino silencioso la hipertensión arterial sistémica primaria no complicada
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im113a.pdf>

Castells, E. y otros (1 de Julio 2013). Hipertensión Arterial
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

Gonzalo Figueroa, C y Ramos del Rio, B (Junio 2013).Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios
http://www.um.es/analesps/v22/v22_2/01-22_2.pdf

Medicina Preventiva Santa FE
http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/clasificacion_hipertension_arterial.htm

Ramírez, W (junio 2013). Diario El Nacional; Día Mundial de la Salud va dedicado al "enemigo silencioso"
<http://www.el-nacional.com/>

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
CÁTEDRA: EPIDEMIOLOGIA ESPECIAL

PRESENTACIÓN

Estimado señor(a)

El instrumento que se presenta a continuación tiene como objeto recopilar información con la finalidad de desarrollar la investigación titulada: El estilo de vida como factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial en pacientes de la consulta de medicina familiar del Ambulatorio Urbano Tipo II Lino Maradey. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Julio 2013, de los estudiantes de la cátedra de Epidemiología Especial de la Escuela de Medicina de la Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar.

INSTRUCCIONES

- Lea detenidamente las preguntas antes de responderlas.
- Responda la totalidad de las preguntas con objetividad y sinceridad.
- Coloque un x en la respuesta que considere correcta.
- Cada respuesta debe estar marcada de acuerdo al criterio del encuestado.
- Si tiene alguna duda consulte con el encuestador.
- La encuesta es anónima.

Parte I

Edad _____

Sexo _____

Raza _____

Ocupación _____

Parte II

1. ¿Ha asistido a la consulta por presentar alguno de estos síntomas: dolor de cabeza, dificultad respiratoria, dolor torácico, palpitaciones?

Si _____

No _____

Especifique _____

2. ¿Tiene algún familiar que padezca hipertensión arterial?

Si _____

No _____

Especifique _____

3. ¿Consume frecuentemente comidas ricas en grasa?

Si _____

No _____

Especifique _____

4. ¿Consume usted comidas preparadas muy condimentadas?

Si _____

No _____

Especifique _____

5. ¿Realiza usted alguna actividad física?

Si _____

No _____

Especifique _____

6. ¿Usted hace ejercicio diariamente?

Si _____

No _____

Especifique _____

7. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

Si _____

No _____

Especifique _____

8. ¿El consumo de bebidas alcohólicas es frecuente?

Si _____

No _____

Especifique _____

9. ¿Tiene usted hábitos tabáquicos?

Si _____

No _____

Especifique _____

10. ¿Cuándo iniciaron sus hábitos tabáquicos?

12 - 18 años _____

19 – 25 años _____

26 años o más _____

11. ¿Fuma usted diariamente?

Si _____

No _____

Especifique _____

12. ¿Fuma más de 10 cigarrillos al día?

Si _____

No _____

Especifique _____

13. ¿Su jornada de trabajo excede las 8 horas diarias?

Si _____

No _____

Especifique _____

14. ¿Realiza alguna actividad recreativa?

Si _____

No _____

Especifique _____