

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADUACION

“INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ENTRE 50 A 70 AÑOS DE EDAD EN UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA AMATE BLANCO, MUNICIPIO DE EL PORVENIR, DEPARTAMENTO DE SANTA ANA EN EL PERIODO DE ENERO-AGOSTO 2015”

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTORADO EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

LÓPEZ GALICIA, CARMEN CECILIA

MARENCO MENJIVAR, KAREN LIZETH

SOLÍS SÁNCHEZ, IRIS GABRIELA

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JOSÉ MARIANO VÁZQUEZ PACHECO

OCTUBRE, 2015

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

AÑO 2015

LICDO. JOSÈ ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICDA. CLAUDIA MARÌA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDA. NORA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL GENERAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE:

AUTORIDADES

ING. JORGE WILLIAM ORTIZ SÁNCHEZ

DECANO INTERINO DE LA FACULTAD

LICDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD

DRA. JULIA CONCEPCIÓN MORALES GARCÍA

JEFA INTERINA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

SANTA ANA, OCTUBRE DE 2015

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	10
INTRODUCCION.....	11
JUSTIFICACION.....	12-13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14-15
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	17
MARCO TEORICO.....	18
Clasificación de la Hipertensión arterial.....	19-20
Trastornos clínicos de la hipertensión.....	21
Obesidad y síndrome metabólico	21
Causas diversas de hipertensión.....	22
Consecuencias patológicas de la hipertensión.....	22-23
Consideraciones generales y objetivos del tratamiento	24-25
MODIFICACIONES EN ESTILOS DE VIDA	26
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.....	27
Consecución del Control de la PA en el Paciente Individual.....	28
DISEÑO METODOLOGICO	29-33
CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	35-75
CONCLUSIONES.....	76-77
RECOMENDACIONES.....	78
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2015	79
BIBLIOGRAFIA.....	80-81
ANEXOS	82
ANEXO 1: PRESUPUESTO GENERAL DE TRABAJO DE GRADO	82
ANEXO 2. FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83-86
GLOSARIO.....	87-88

ÍNDICE DE GRÁFICAS

<i>Grafica #1: Conocimiento de Presión Arterial.....</i>	36
<i>Grafica #2: Conocimiento de los valores de la Presión Arterial.....</i>	38
<i>Grafica #3: Valores de Presión Arterial.</i>	40
<i>Grafica #4: Consumo de sal en las comidas.</i>	42
<i>Grafica #5: Fumadores Activos.....</i>	44
<i>Grafica #6: Consumo de cigarrillos diarios.....</i>	46
<i>Grafica #7: Fumador pasivo.</i>	48
<i>Grafica #8: Actividad Física regularmente.</i>	50
<i>Grafica #9: Consecuencias de Hipertensión Arterial.</i>	52
<i>Grafica #10: Consecuencias Hipertensión Arterial.</i>	54
<i>Grafica #11: Consecuencias de los niveles altos de colesterol y triglicéridos.....</i>	56
<i>Grafica #12: Trastorno con aumento de colesterol y Triglicéridos.</i>	58
<i>Grafica #13: Chequeo para niveles de Colesterol y Triglicéridos.....</i>	60
<i>Grafica #14: Valores de Colesterol.....</i>	62
<i>Grafica #15: Valores de Triglicéridos.</i>	64
<i>Grafica #16: Horas al día frente a su televisor.</i>	66
<i>Grafica #17: Descanso y actividades para su vida.</i>	68
<i>Grafica #18: Situación fuerte o exigente que altere su estado de ánimo.....</i>	70
<i>Grafica #19: Problema relacionado con el sueño.</i>	72
<i>Grafica #20: Consulta médica más de lo común.....</i>	74

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a **Dios**, quien desde el momento de tomar la decisión de empezar esta maravillosa aventura fue mi luz, quien ha guiado mis pasos durante este largo y difícil camino, que me dio fortaleza en los momentos de dificultad y que ha sido y será siempre la roca de mi vida y de mi carrera.

A **mis padres**, Ana Cecilia de López y Víctor Joaquín López que me supieron acompañar desde el principio y a lo largo de toda mi carrera, muy en especial a mi madre que estuvo conmigo en todo momento que me mostro su amor y su apoyo incondicional, que ha sido un pilar importante para poder llegar hasta el día de hoy a la culminación de este camino.

A **mis hermanas**, Susana Gabriela López Galicia y Mónica Luliana López Galicia que en todo momento creyeron en mí, que me incentivaron a seguir adelante cuando sentía que las fuerzas se acababan.

A **mi abuelo**, Julián Antonio Segundo, a **mi abuela**, Carmen Galicia que con paciencia supo forjarme para ser la persona que soy ahora y que me acompañó en esas noches de desvelo y en tantos momentos de sacrificio y preocupación.

A **mis tíos**, Ricardo Antonio Galicia y muy especialmente a mi tío Carlos Mauricio Galicia a él dedico muy especialmente este logro obtenido, pues ha sido mi ejemplo a seguir, esa persona que creyó en mi desde el principio, que con amor pero también con rigidez me enseñó a perseguir mis sueños y a no rendirme aun cuando el camino se tornara oscuro y a ser una persona fuerte y sin miedo a enfrentar cualquier adversidad que en la vida se me presente.

A **mi asesor de tesis**, el Dr. José Mariano Pacheco, que nos ha sabido dirigir con precisión, paciencia, humildad y una gran calidad humana, por ser una excelente profesional tanto medico como docente.

A cada uno de mis **docentes**, a aquellos con los que por distintas razones conviví poco y a los que llegan a ser no solo tutores en la enseñanza sino más bien amigos y cómplices, por compartir sus conocimientos y cada una de sus enseñanzas que perduraran para toda la vida.

Y finalmente a **mis compañeras de tesis** Karen Marengo Menjivar y Gabriela Solís Sánchez, por haber sido más que compañeras amigas en este trabajo, por la confianza, la paciencia y el esmero para la realización de este trabajo de grado.

Carmen Cecilia López Galicia.

A Dios Todopoderoso, por darme todo lo que tengo, por estar siempre conmigo, por permitirme llegar hasta esta etapa tan importante de mi vida ya que gracias a sus múltiples bendiciones he llegado hasta este momento y por darme la oportunidad de lograr otra meta más en mi formación profesional.

A **mis padres**, Ana Margarita Amador y José Ricardo Marengo Castro, por el cariño y apoyo que siempre me han dado a lo largo de mis estudios, por enseñarme a conducirme de la manera más correcta, por haber estado siempre a mi lado en los momentos felices y tristes de la carrera, por ser mi fortaleza y por recordarme en todo momento que siguiera mi objetivo; no me queda más que darles las Gracias infinitas por este logro.

A **mi novio**, José Manuel Carballo Hernández, por ser mi apoyo incondicional, por darme palabras de aliento cuando más lo necesite, pero sobre todo gracias por tu amor, tu paciencia y comprensión, por ser mi amigo, y mi compañía en aquellos momentos más difíciles, por ser mi guía y mi ejemplo a seguir y sobre todo enseñarme a confiar en Dios, en que los sueños si se pueden hacer realidad.

A **mis hermanas**, Claudia Nineth Amador y Jacqueline Janeth Amador, por apoyarme y motivarme durante mis estudios y ante cualquier dificultad que se presentara, por haber creído en mí y por haberme brindado su apoyo moral y espiritual en todo momento.

A **mis compañeros de trabajo de grado**, Carmen Cecilia López y Gabriela Solís Sánchez, por haber logrado con su apoyo y confianza una meta más en mi vida y terminar con éxito nuestro trabajo de graduación.

A **nuestro Asesor de Tesis**, Dr. José Mariano Pacheco Vásquez, por su colaboración valiosa en nuestro trabajo de grado.

Karen Lizeth Marengo Menjivar.

Doy gracias a **Dios todopoderoso y a la Virgen María Auxiliadora** por guiarme durante mi vida y darme fortaleza a lo largo de toda mi carrera universitaria.

A **mis padres**, Mauricio Solís (QEPD) y Elisa Sánchez, que me apoyaron en el transcurso de mi vida y de mi carrera incondicionalmente, por darme una educación excelente a lo largo de la vida y por su amor incondicional.

A **mi hermano** Luis Roberto Martínez por confiar siempre en mí, por brindarme su apoyo incondicional y por sus consejos y sus buenos deseos.

A **mis tíos** Salvador Sánchez Cerna, Elba Ruth de Candel (QEPD) y Homero Armando Sánchez Cerna por su apoyo brindado, por sus consejos y por su amor incondicional.

A **mis amigas** Zulma Tenas, Adriana Rodríguez y Karen Salinas por su apoyo incondicional durante toda mi carrera y durante toda la vida, por sus palabras de aliento y por confiar en mí siempre.

A **mi sobrina** Mariela Martínez por estar siempre a mi lado, por su apoyo incondicional y sus consejos y palabras de aliento.

A mis **compañeras de tesis** Karen Marengo, Carmen Galicia por ser personas trabajadoras y responsables a lo largo de este proceso.

A **mi asesor** Dr. Mariano Pacheco por guiarnos en el camino y por sus excelentes consejos y apoyo.

Al Dr. Eddie Menjivar por su apoyo incondicional durante mi carrera y por sus consejos y orientación.

Iris Gabriela Solís Sánchez.



RESUMEN EJECUTIVO

OBJETIVO GENERAL: Comprobar la incidencia de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes hipertensos entre 50 a 70 años de edad en UCSF amate blanco, el Porvenir en el periodo de enero-agosto 2015.

ESPECIFICOS: - Identificar cuáles son los cinco factores de riesgo principales que se presentan con mayor frecuencia en la población de UCSF amate blanco. - Clasificar los factores de riesgo modificables y no modificables que se presentan en la población. -Determinar en base a los resultados que medidas tanto preventivas como curativas se pueden aplicar para disminuir la incidencia de patologías cardiovasculares en personas hipertensas.

METODOLOGIA: es un estudio descriptivo, comprendido entre Enero –Agosto de 2015, tomando todos aquellos pacientes hipertensos de 50 - 70 años del ECOSF AMATE BLANCO.

ESTUDIO: Se tiene una muestra de 198 pacientes, aplicando los criterios de exclusión, se tiene un total de 136 pacientes.

RESULTADOS: El 25% tiene valores de TA entre 120-80, el 40% sus valores varían entre 120-139:80-89, y el 35% varía entre 140-159,90-99. El 72% consumen sal extra en sus comidas. El 32% fuma o ha fumado en su vida. El 43% de la población es sedentaria. El 53% presento dislipidemias. El 85% de la población sufre problemas que alteran el estado de ánimo.

CONCLUSIONES: - El grupo de riesgo de mayor vulnerabilidad para sufrir HTA es el sexo femenino.- En su mayoría las personas hipertensas no llevan estilos de vida saludables. – Los factores que afectan la salud el tabaquismo, estrés, obesidad, dislipidemia y sedentarismo la mayoría lo presenta.



INTRODUCCION

La hipertensión arterial es propia de la edad adulta, aunque las señales comienzan a aparecer en la juventud. En esa etapa, todavía hay tiempo para todo aquello que pueda ser nocivo y que pueda aumentar el riesgo de llegar a padecer una de estas patologías.

Y es que la mayoría de las personas sabe por ejemplo que una dieta alta en sal puede llegar a aumentar el riesgo de hipertensión arterial, pero pocos saben que esto a su vez incrementa apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica.

Por tanto el personal de salud de atención primaria juega un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto de la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus; como factores de riesgo predictores de enfermedad cardiovascular.

La prevención primaria se inicia con la educación y la concientización que la enfermedad cardiovascular representa la mayor amenaza, por tanto, es labor del médico, identificar los diferentes factores de riesgos que posean sus pacientes, de esta manera disminuir la incidencia de los mismos.



JUSTIFICACION

Hoy en día la hipertensión arterial es una de las patologías más comunes en la población, apareciendo cada vez en personas de edad más joven e incluso en personas que no presentan ningún antecedente ni ningún factor de riesgo para dicha patología.

Por tanto, es importante conocer sobre las generalidades de esta enfermedad así como estar conscientes de lo íntimamente ligadas que están a posibles consecuencias y alteraciones cardiovasculares, los cuales pueden llegar a presentarse en pacientes, pudiendo causar serias complicaciones o alterando la forma de vida de cada individuo.

Muchas veces no se le da la importancia que en realidad merecen, muchas de las personas que padecen hipertensión arterial se toman esta enfermedad a la ligera, sin saber las consecuencias que estas pueden traer a su salud si no se controlan clínicamente.

Principalmente se presentan complicaciones cardiovasculares a la larga, si los hábitos de las personas que lo padecen no son adecuados y otros factores inherentes a la enfermedad; este tipo de complicaciones en su mayoría se presentan debido a la falta de información que se le brinda al paciente, parte de culpa de que esto suceda es debido a que no se le explica los riesgos y las consecuencias que se presentan al no tratar la enfermedad o al abandonar el tratamiento.

Es por esto que es de suma importancia investigar a profundidad las complicaciones cardiovasculares más frecuentes en la población adulta que padece este tipo de enfermedad, principalmente los factores que inciden para que estas complicaciones se presenten como el estrés, dislipidemia, sedentarismo, etc.

Con esta investigación se pretende principalmente propiciar una educación adecuada respecto a las consecuencias que los pacientes deben evitar para no



llegar a padecerlas; así como también investigar las principales causas de alteraciones cardiovasculares, ya que como médicos podemos tratar de prevenirlas, y así darle una mejor calidad de vida a nuestros pacientes.

Se pretende investigar a través de entrevistas y revisión de expedientes a la población con hipertensión arterial entre 50 y 70 años de UCSF B Amate blanco, El Porvenir del departamento de Santa Ana.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país, que en la actualidad se ve afectada por diferentes factores de riesgo tales como: la obesidad, el sedentarismo, tabaquismo, estrés y dislipidemias; los cuales se busca saber si agravan su condición, conduciendo a los pacientes a padecer diferentes consecuencias, principalmente cardiovasculares si no llevan estilos de vida saludables ni cumplen con el tratamiento a cabalidad.

Según fuentes Oficiales esta patología ha ido adquiriendo importancia por su aparición en el perfil epidemiológico de nuestro país, “para el año 2008 se tenía una tasa de prevalencia de 2,268 X 100,000 habitantes, siendo la 10^a causa de morbilidad, y la 3^a causa de consulta en la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y asistencia Social (MSPAS), con un 29% del total de consultas de ese año, además fue la 5^a causa de egreso hospitalario con un total de 15,059 egresos por esa patología (4.4% del total de egresos) y la 4^a causa de mortalidad hospitalaria, constituyendo el 7.25% del total de muertes para ese año.” “Para el año 2007 se presentó una tasa de prevaecía de 2,680 X 100,000 habitantes, pero no aparecía en las primeras 10 causas de consulta del MSPAS, además fue la 6^a causas de egreso hospitalario con un total de 14,137 egresos (4.18%) y la 4^a causa de mortalidad hospitalaria con un 6.7% del total de muertes para ese año.

En El Salvador del 2011 al 2012 se registraron 73 mil 919 nuevos casos de los cuales el grupo más afectado son los mayores de 60 años. El género con mayor incidencia de hipertensión arterial son las mujeres que registran 48 mil 522 casos.

Para el año 2013 según MINSAL alrededor de un millón 200 mil personas, que representarían un 20.1% de la población salvadoreña, padecen de hipertensión arterial, la hipertensión arterial fue la segunda causa de consulta más frecuente con 170 mil 779 atenciones brindadas. Además es la séptima causa secundaria de muerte hospitalaria, pero también se identificó como la quinceava causa principal, debido a las complicaciones que la enfermedad genera cuando la persona sufre de otros padecimientos crónicos.



La hipertensión es el principal factor de riesgo de muerte en el mundo. Aunque la presión arterial por encima de 140/90 mmHg afecta al 30% de la población adulta salvadoreña, una tercera parte desconoce su enfermedad. Uno de cada tres personas que se está tratando por hipertensión no consigue mantener su presión arterial por debajo del límite de 140/90.

El riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares es mayor si la hipertensión no está controlada y si se acompaña de otros factores de riesgo tales como el tabaco, la obesidad y la diabetes.

En lo que va del año según SIMMOW se han detectada 11 casos nuevos de HTA en UCSF B Amate Blanco, además representa la primer causa de consulta.

Con la investigación que se llevó a cabo permitió conocer como estos factores de riesgo alteran el curso de la enfermedad así como también si dichos factores llevaron a la población a sufrir consecuencias cardiovasculares.

Es importante saber cómo dichos factores alteran el curso y si llevan a consecuencias cardiovasculares para tratar de manera adecuada a la población, brindarle la educación adecuada y que sepan cómo es el estilo de vida que deben llevar, desde una dieta adecuada, ejercicio, restricción del tabaco, etc.

Es por esto que se planteó:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que afectan a la población hipertensa de la UCSF B Amate Blanco y que conllevan a padecer alteraciones cardiovasculares?



DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación se llevó a cabo a nivel local: En el departamento de Santa Ana, municipio El Porvenir, cantón San Cristóbal en UCSF B Amate Blanco.

La cual inició en el mes de Enero del 2015 hasta el mes de Agosto del 2015 en pacientes hipertensos entre 50 y 70 años de edad.

La población que se investigó abarco personas del área rural, personas en su mayoría de escasos recursos económicos, con los cuales se pretendió orientar y favorecer a dicha población para que lleven mejores estilos de vida y con esto una mejor calidad de vida, con respecto a su enfermedad.



OBJETIVOS

GENERAL

- Comprobar cuál es la incidencia de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes hipertensos entre 50 a 70 años de edad en UCSF amate blanco, el Porvenir en el periodo de enero-agosto 2015.

ESPECIFICOS

- Identificar cuáles son los cinco factores de riesgo principales que se presentan con mayor frecuencia en la población de UCSF amate blanco.
- Clasificar los factores de riesgo modificables y no modificables que se presentan en la población.
- Determinar en base a los resultados que medidas tanto preventivas como curativas se pueden aplicar para disminuir la incidencia de patologías cardiovasculares en personas hipertensas.



MARCO TEORICO

La hipertensión arterial es una de las principales enfermedades en seres humanos a nivel general; en todo el mundo cada año ocasiona 7.6 millones de fallecimientos y representa casi 92 millones de años-vida de discapacidad atribuibles a ella. La hipertensión duplica el riesgo de enfermedades cardiovasculares como por ejemplo cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad cerebrovascular isquémica y hemorrágica, entre otras. El tratamiento antihipertensivo aminora claramente los riesgos de enfermedad cardiovascular y renal pero grandes segmentos de la población de hipertensos no recibe tratamiento o son tratados de manera inadecuada.

El manual Washington de Terapéutica Médica define a la hipertensión como la existencia de un valor de presión arterial elevado que aumenta el riesgo de que los pacientes sufran lesiones orgánicas en diversos lechos vasculares como la retina, encéfalo, corazón, riñones, y las arterias de gran calibre.

Según el Tratado de Principios de Medicina interna de Harrison no existe una cifra clara de presión arterial que sirva para definir a la hipertensión. En los adultos existe un riesgo continuo cada vez mayor de enfermedad cardiovascular, apoplejía y nefropatía de uno a otros extremos de las presiones sistólicas y diastólicas. En el llamado MultipleRisk Factor Intervention Trial en el que participaron 350000 varones se demostró una influencia continua y graduada de la presión sistólica y diastólica. En la mortalidad por cardiopatía coronaria, que se extendió incluso a presiones sistólicas de 120 mmhg.

En la esfera clínica se puede definir a la hipertensión como el nivel de presión arterial en el cual el tratamiento que se emprenda disminuye las cifras de morbilidad y mortalidad por presión arterial. En términos generales los criterios clínicos actuales para definir la hipertensión se basan en el promedio de dos o más lecturas de presión arterial durante dos o más visitas extrahospitalarias.



En términos generales las cifras de presión medidas en el domicilio y las cifras de tipo ambulatorio promedio durante 24 horas son menores que las que se miden en una clínica. Los registros de presión de tipo ambulatorio generan múltiples lecturas durante el día y la noche, razón por la cual constituyen una valoración más completa de la carga que impone la hipertensión a los vasos, en comparación con el número limitado de lecturas en el consultorio. Datos cada vez mayores indican que las presiones medidas en el domicilio que incluyen las que se miden durante 24 horas, permiten anticipar con mayor exactitud el daño a órganos efectores que las presiones medidas en el consultorio. La presión arterial tiende a ser mayor en las primeras horas de la mañana que en otras horas del día. Y en efecto en las primeras horas del día es que son más frecuentes el infarto del miocardio y el accidente cerebro vascular. Las presiones medidas durante la noche por lo común son 10-20 % menores que las del día y la disminución tensiona nocturna atenuada se acompaña de un mayor riesgo de mostrar enfermedad cardiovascular.

Los criterios recomendados para diagnosticar hipertensión según el Tratado de Harrison son: presión promedio con el sujeto cociente y despierto mayor o igual a 135/85 mmHg y presión con el sujeto somnoliento mayor o igual a 120/75mmHg.

Clasificación de la Hipertensión arterial

Las personas con una PA sistólica de 120-139 mmHg o una PA diastólica de 80-89 mmHg (las cifras más altas son, posiblemente, demasiado altas) se denominan ahora prehipertensas. Irónicamente, una persona perfectamente sana de 19 años de edad con una PA persistente de 120/80 mmHg no sería considerada «normal», sino prehipertensa. Claramente, el concepto de prehipertensión procede de la bien establecida asociación lineal, gradual y continua entre la PA y el riesgo cardiovascular, sin que se haya demostrado la existencia de un umbral a partir de los valores de 115/75 mmHg. También procede de la evidencia, obtenida en el estudio de Framingham, de que una presión arterial en el límite alto de la normalidad (130-139 mmHg la sistólica y 85-89 mmHg la diastólica) se asocia a un



aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular y de hipertensión futura. En la concepción de prehipertensión de los expertos del JNC 7 se enfatiza la sensibilización de la población general y de los profesionales sanitarios para la implantación de estrategias efectivas y continuadas que permitan una vida más sana (prevención o interrupción del consumo de cigarrillos, prevención o tratamiento del exceso de peso corporal, realización de actividad física, etc.). Sin embargo, para los críticos, la prehipertensión se puede contemplar como una definición innecesaria de semienfermedad, incluso en personas completamente sanas, lo que podría generar angustia, ansiedad y depresión e influir en el desarrollo laboral y el ambiente familiar. En comparación con un documento de características similares, el protocolo European Society of Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH) más reciente, ha mantenido la clasificación previa de normotensión (PA sistólica, 120-129 mmHg; PA diastólica, 80-84 mmHg) y de PA en el límite alto de la normalidad (PA sistólica 130-139 mmHg o PA diastólica 85-89 mmHg). Probablemente, si el término prehipertensión se hubiera limitado a las personas con una PA en el límite alto de la normalidad, habría sido más aceptable.

CATEGORIA	PAS	PAD
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	140-159	90-99
Fase 1	>160	>100
Fase 2	>160	>100

***Según JNC7**



Trastornos clínicos de la hipertensión

Aproximadamente en 80-95 % de las personas hipertensas se hace el diagnóstico de hipertensión esencial, en 5-20 % de los restantes se identifica un elemento de fondo específico que hace que aumente la presión arterial.

La hipertensión esencial suele ser de tipo familiar; la prevalencia aumenta con la edad y las personas que de jóvenes tuvieron presiones arteriales altas están expuestas a mayor peligro a que en un futuro presenten hipertensión. En la mayor parte de personas con hipertensión establecida es mayor la resistencia periférica y el gasto cardiaco es normal o disminuye; sin embargo en personas más jóvenes con hipertensión leve puede aumentar el gasto cardiaco y la resistencia periférica puede ser normal.

Obesidad y síndrome metabólico

Hay un vínculo muy estrecho entre la obesidad y la hipertensión, de hecho estudios transversales indican una correlación lineal directa entre el peso corporal y la presión arterial. La grasa de distribución central en el cuerpo constituye un factor determinante de mayor importancia en el incremento tensional que la grasa periférica.

La hipertensión y la dislipidemia suelen aparecer juntas; esta coincidencia de factores de riesgo a menudo acompaña a la obesidad sobre todo la del abdomen; al coincidir los factores de riesgo anteriores aumenta todavía más el peligro de mortalidad por arteriopatía coronaria, ACV, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Se ha calificado como síndrome metabólico al conjunto de elementos como resistencia a la insulina, obesidad abdominal, hipertensión y dislipidemia. El síndrome metabólico en parte es heredado en la forma de un cuadro poli génico, pero la expresión del mismo es modificada por factores ambientales como el grado de actividad física y la dieta.



La aceptación de que los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular tienden a coincidir en algunas personas conlleva consecuencias importantes para la valoración y el tratamiento de la hipertensión. La valoración de pacientes hipertensos y personas en peligro de presentar hipertensión debe incluir las cuantificaciones del riesgo global de enfermedades cardiovasculares.

Causas diversas de hipertensión

Con frecuencia cada vez mayor se ha identificado a la hipertensión causada por apnea obstructiva del sueño. Independientemente de la obesidad, aparece hipertensión en más de la mitad de las personas con dicho tipo de apnea, en general el 70 % de las personas que padecen este tipo de apnea son obesas; en estos el adelgazamiento puede aliviar o curar la apnea del sueño y la hipertensión acompañante.

Otra causa frecuente de hipertensión es el estrechamiento de la aorta, la cual es la entidad cardiovascular congénita que con mayor frecuencia causa hipertensión.

Consecuencias patológicas de la hipertensión

La hipertensión es un factor independiente y predisponente de la insuficiencia cardíaca, la arteriopatía coronaria, la apoplejía, nefropatías y arteriopatías periféricas.

- Corazón: las cardiopatías constituyen la causa más de muerte en sujetos hipertensos. La cardiopatía por hipertensión es el resultado de las adaptaciones estructurales y funcionales, que culminan con hipertrofia de ventrículo izquierdo, anomalías del flujo sanguíneo por arteriopatía coronaria aterosclerótica y enfermedad microvascular, así como arritmias cardíacas.

Los factores genéticos y las hemodinámicas contribuyen a la hipertrofia del ventrículo izquierdo. Por medio del control intensivo de la hipertensión es posible que la hipertrofia del ventrículo izquierdo muestre regresión o se revierta y con ello aminore el riesgo de



enfermedad cardiovascular. La insuficiencia cardiaca congestiva pudiera depender de disfunción sistólica, diastólica o una combinación de ambas. Las anomalías de la función diastólica varían desde la cardiopatía asintomática hasta la insuficiencia cardiaca manifiesta y son comunes en los individuos hipertensos.

- Cerebro: la apoplejía ocupa el segundo lugar en frecuencia como causa de muerte a nivel mundial y cada año fallecen cinco millones de personas por ella y 15 millones adicionales tienen apoplejía no letal. El factor de mayor peso en el riesgo de que surja la apoplejía es la hipertensión. En promedio, 85% de las apoplejías provienen del infarto, y el resto de hemorragia intracerebral o subaracnoidea. La incidencia de apoplejía aumentan progresivamente conforme lo hacen las cifras de presión arterial, en particular la presión sistólica en personas mayores de 65 años de edad. El tratamiento de la hipertensión como hecho corroborado, disminuye la incidencia de accidentes isquémicos o hemorrágicos.

La hipertensión también se ha acompañado de deficiencias en las funciones cognitivas en la población de ancianos, y estudios longitudinales refuerzan el vínculo entre la hipertensión en la etapa media de la vida y el deterioro cognitivo en la etapa ulterior. La deficiencia cognitiva y la demencia por hipertensión pueden ser consecuencia de un gran infarto causado por oclusión de un vaso estratégico de mayor calibre o múltiples infartos lagunares causada por enfermedad oclusiva de vasos finos que culmina en isquemia de la sustancia blanca subcortical. Los datos de algunos estudios en seres humanos sugieren que el tratamiento con antihipertensores brinda efectos beneficiosos en la función cognitiva.

El flujo sanguíneo no cambia dentro de los límites amplios de presiones arteriales (presión media, de 50-150 mmHg) y ello se debe a un fenómeno autorregulación del flujo sanguíneo.



- Riñón: los riñones son órganos que pueden recibir los efectos de la hipertensión y a su vez ser causa de ella. La nefropatía primaria constituye la entidad más común que origina hipertensión secundaria.
- La hipertensión es un factor de riesgo de daño renal y de nefropatía terminal. El mayor riesgo vinculado con la hipertensión es gradual, continuo y persistente en toda la distribución de las presiones arteriales por arriba del nivel óptimo. El riesgo de los riñones al parecer guarda una relación más íntima con la presión sistólica que con la diastólica.
- Arterias periféricas: los vasos sanguíneos, además de contribuir a la patogenia de la hipertensión, pueden recibir los efectos de la enfermedad aterosclerótica que es consecuencia de la hipertensión arterial de larga evolución. Los sujetos hipertensos con ateriopatía de las extremidades pélvicas están expuestos a un mayor riesgo de presentar en el futuro enfermedades cardiovasculares. Uno de los principales síntomas es la claudicación intermitente; se caracteriza por dolor molesto de las pantorrillas o en la región de las nalgas durante la marcha, que cede con el reposo.

Consideraciones generales y objetivos del tratamiento

El objetivo del tratamiento de la hipertensión es prevenir las secuelas a largo plazo, salvo en caso de necesidad absoluta de tratamiento farmacológico inmediato, la mayoría de los pacientes deberían tener la oportunidad de reducir la presión arterial en un intervalo de 3-6 meses mediante la aplicación de modificaciones no farmacológicas.

El objetivo fundamental es reducir la presión arterial a menos de 140/90 mmHg al tiempo que se controlan otros factores de riesgo cardiovascular modificables.

La práctica de estilos o modos de vida que influyen positivamente en la presión arterial tiene trascendencia en la prevención y el tratamiento de la hipertensión. Se recomienda realizar modificaciones en el estilo de vida orientadas a la salud en



personas con prehipertension y como complemento de la farmacoterapia en personas con hipertensión. Estas intervenciones deben orientarse a superar el riesgo global de enfermedad cardiovascular. La trascendencia que tienen las modificaciones del modo de vida en la presión arterial es más notable en personas hipertensas, sin embargo se ha demostrado que el adelgazamiento y la disminución en el consumo de cloruro de sodio en los alimentos evitan la aparición de hipertensión. En personas hipertensas incluso si con las intervenciones no se disminuye en grado suficiente la presión arterial como para evitar la farmacoterapia puede ser menor el número de fármacos o dosis necesarias para el control de la presión arterial. Las modificaciones alimentarias que disminuyen de modo eficaz la presión arterial son el adelgazamiento, la disminución del consumo de cloruro de sodio, mayor consumo de potasio, la moderación del consumo de alcohol y un perfil alimentario sano, en forma global.

La prevención y el tratamiento de la obesidad son importantes para disminuir los riesgos de hipertensión y enfermedades cardiovasculares; de hecho incluso las mínimas disminuciones de peso pueden hacer que disminuya la presión arterial y disminuya así los factores de una posible enfermedad cardiovascular. Las actividades físicas regulares facilitan la pérdida ponderal, disminuyen la presión arterial y aminoran el riesgo global de enfermedades cardiovasculares. La presión arterial puede disminuir incluso con 30 minutos de entrenamiento de actividad física moderadamente intensa como sería la marcha persistentemente activa seis a siete días a la semana o con entrenamientos menos frecuentes pero más intensos.

De igual manera hay estrecha relación entre hipertensión y dieta; los datos de la investigación Dietary Approaches to Stop Hipertension (DASH), demostraron que el consumo de una dieta con abundantes frutas, verduras y productos lácteos con poca grasa, durante un lapso de ocho semanas disminuyó la presión arterial en personas con presiones elevadas. La disminución del consumo diario de cloruro de sodio a menos de 6 gramos intensificó el efecto de la dieta en la presión arterial.



MODIFICACIONES EN ESTILOS DE VIDA

La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de PA y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación de los estilos de vida más importantes demostró descender la PA, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso, la adopción de la dieta DASH, rica en potasio y calcio, reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol. La modificación del estilo de vida reduce la PA, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, una dieta DASH de 1600 mg de sodio tiene un efecto similar a un tratamiento farmacológico simple. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados.

MODIFICACIÓN	RECOMENDACIÓN	REDUCCIÓN APROXIMADA PAS (RANGO)
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18,5-24,9 kg/m ²)	5-20 mmHg/10 Kg. De reducción de peso.
Dieta tipo DASH	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales	8-14 mmHg
Reducción de Sodio en la Dieta	Reducir consumo de Sodio, no más de 100 mmol día (2.4 g sodio ó 6 de NaCL.	2-8 mmHg
Actividad Física	Hacer ejercicio físico aeróbico regular como caminar rápido (al menos 30 min al día, casi todos los días de la semana)	4-9 mmHg
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres.	2-4 mmHg

***Según JNC7**



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El descenso de la PA con algunos tipos de fármacos, incluyendo IECAs, ARA2, betabloqueantes, antagonistas del calcio y diuréticos tipo tiazida, reducen todas las complicaciones de la HTA.

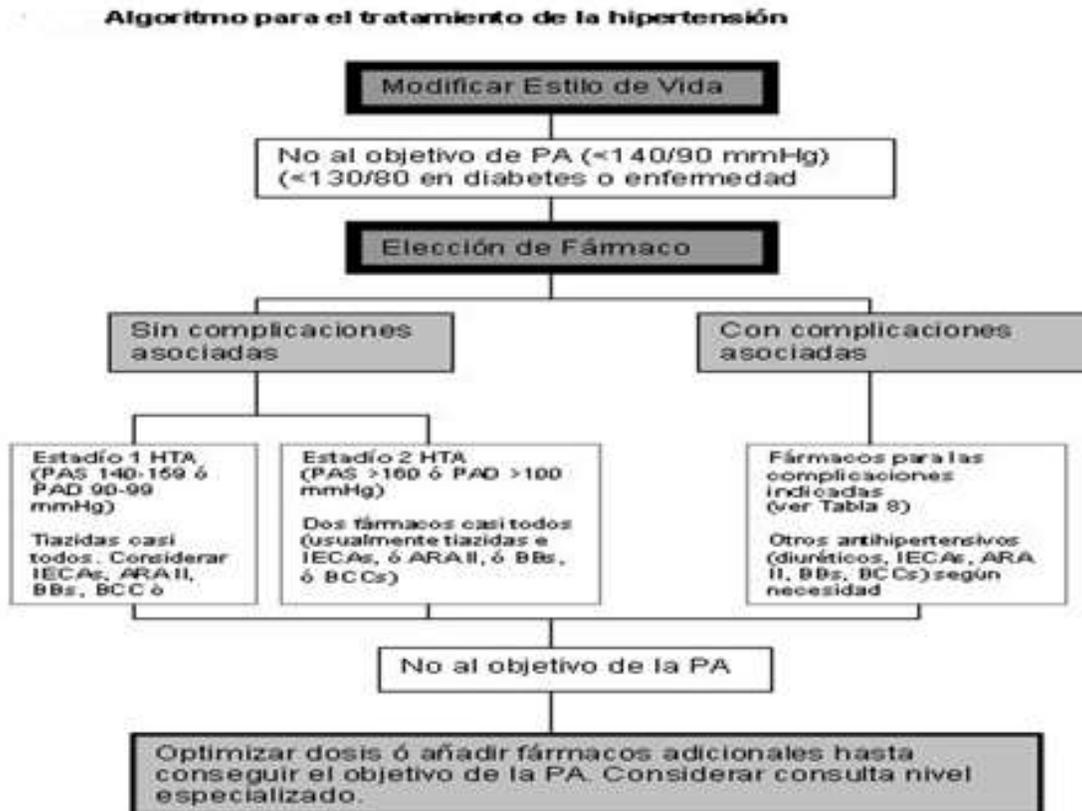
Clase	Fármaco	Rango dosis usual en mg/día (frecuencia diaria)
Diuréticos Tiazidicos	Hidroclorotiazida	12.5-50(1)
	Metalazona	2.5-5(1)
Diuréticos de Asa	Furosemida	20-80(2)
	Torseמידا	2.5-10(2)
Diuréticos ahorradores de potasio	Amiloride	5-10(1-2)
	Triamterene	50-100(1-2)
Bloqueadores de los receptores de aldosterona	Espirinolactona	25-50(1-2)
Beta-bloqueantes	Atenolol	25-100(1)
	Bisoprolol	2.5-10(1)
	Propanolol	40-160(2)
Alfa-beta-bloqueantes combinados	Carvedilol	12.5-50(2)
	Labetalol	200-800(2)
IECA	Captopril	25-100(2)
	Enalapril	2.5-40(1-2)
Antagonistas de angiotensina II	Candesartan	8-32(1)
	Irbesartan	150-300(1)
	Losartan	25-100(1-2)
Bloqueantes de los canales de calcio no dihidropiridinicos	Verapalmil rápido	80-320(2)
	Verapamil lento	120-360(1-2)
Bloqueantes de los canales de calcio dihidropiridinas	Amlodipino	2,5-10(1)
	Nifedipino	10-40(1)

***Según JNC7**



Consecución del Control de la PA en el Paciente Individual

La mayoría de los hipertensos requieren dos o más medicaciones antihipertensivas para conseguir sus objetivos de PA. Un segundo fármaco de diferente clase debería introducirse cuando la monoterapia en dosis adecuadas falla para conseguir el objetivo de PA. Cuando la PA es mayor de 20/10 mmHg sobre el objetivo, se debería considerar iniciar la terapia con dos fármacos, bien como prescripciones separadas o combinaciones en dosis fijas. La iniciación de la terapia farmacológica con más de un agente puede incrementar la posibilidad de conseguir el objetivo de PA de forma oportuna, pero es precisa una singular precaución en aquellos pacientes con riesgo de hipotensión ortostática, como diabéticos, disfunción autonómica, y algunas personas ancianas. El uso de fármacos genéricos o combinaciones de fármacos deberían considerarse para reducir el costo de la prescripción.





DISEÑO METODOLOGICO

- **TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo, en el periodo de Enero –Agosto de 2015.

- **DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO:**

El universo se define como: “La totalidad de individuos o elementos de los cuales pueden representar mediante características susceptibles de ser estudiadas”. El municipio de El Porvenir cuenta con una población de 59,004 habitantes según el censo de 2007, de la cual sólo se aplicó en la zona rural en el Cantón San Cristóbal, El Porvenir, por motivos de estudiar la demanda potencial de 1568 sujetos de estudio, tomando todos aquellos pacientes hipertensos de 50 - 70 años de edad asistentes a los Controles de Salud que se realizaron en “ECOSFB AMATE BLANCO”

- **MUESTRA:**

La muestra se constituyó por los habitantes de la zona rural del municipio de El Porvenir, Cantón San Cristóbal, con un total de 1,568 de los cuales 407 son pacientes hipertensos que correspondían al universo, se aplicó la muestra para población finita, dando como resultado una muestra total de 198pacientes.

Determinación del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 x P x Q x N}{E^2(N - 1) + Z^2 x P x Q}$$

Dónde:

Z= Nivel de Confianza (95%)

P= Probabilidad a Favor (50%)

Q= Probabilidad en Contra (1-p = 50%)



E= Error de Estimación (5%)

N= Universo o Población Conocida

n= Número de Elementos (Muestra)

Valores de k para diferentes valores de confianza	
Nivel de Confianza	Factor k
50 %	0.67
90 %	1.64
95 %	1.96
95.45 %	2
99 %	3

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2(N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 407}{(0.05)^2(407 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{390.8828}{1.9754}$$

$$n = 197.87 = \mathbf{198}$$

Se tiene una muestra de 198 pacientes a estudiar, obteniendo un total de 164 pacientes atendidos mensualmente, aplicando los criterios de exclusión, se tiene un total de 136 pacientes.



• **INSTRUMENTOS UTILIZADOS:**

Se aplicaron instrumentos universalmente aceptados para determinar el Riesgo Cardiovascular en hombres y mujeres entre los 50 a 70 años. Los instrumentos utilizados se muestran a continuación:

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Encuesta	Cuestionario de encuesta
Censo	Formularios de Registro de Consulta
Expedientes Clínicos	Expediente de pacientes
Test de estrés	Formulario de estrés

VARIABLES

A. Variable Dependiente (X):

Riesgo Cardiovascular.

B. Variable Independiente (Y):

Y1. Sexo.

Y2. Edad.

Y3. Presión Arterial.

Y4. Tabaquismo.

Y5. Estrés.

Y6. Obesidad.

Y7. Dislipidemia.



Y8. Sedentarismo.

- **TABULACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:**

Para el presente estudio se utilizaron los programas de Word, Excel, Epi info; los resultados obtenidos de estos instrumentos fueron procesados mediante métodos estadísticos simples como las gráficas porcentuales.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Sexo: Hombre / Mujer.
- Edad: de 50 a 70 años.
- Presión Arterial Sistólica: mayor a 130 a ≤ 160 mmHg al momento del diagnóstico.
- Presión Arterial Diastólica: mayor a 80 mmHg al momento del diagnóstico.
- Tabaquismo.
- Estrés.
- Dislipidemia.
- Sedentarismo.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Que no cumpla con los criterios antes mencionados.



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Valor	Escala	Unidad de Medición
Independiente	Sexo	Género	Hombre/Mujer		
Independiente	Edad		Edad Cronológica	50 a 70.	Años
Dependiente	Presión Arterial	Signo Vital	Presión Arterial Sistólica	130 a ≥ 160	Mm Hg
Independiente	Tabaquismo	Riesgo Cardiovascular	Predictivo		Si o No
Independiente	Estrés		Predictivo		Si o No
Independiente	Dislipidemia	Riesgo Cardiovascular	Colesterol TG LDL HDL	>200 >150 >100 >40	Mg / dl
Independiente	Sedentarismo	Riesgo Cardiovascular	Predictivo		Si o No



CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con la investigación que se realizó se pretendía obtener los datos a través de encuestas dirigidas al paciente.

En todo momento se buscó la privacidad del paciente omitiendo nombre o datos personales en la encuesta.

Pidiendo consentimiento verbal a cada persona encuestada, recibiendo su aprobación.

Así como también no se buscó ningún beneficio a favor de las personas que participaron de dicha investigación, sino más bien se buscó el beneficio en todo momento de la población.



PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

PERSONAS ENCUESTADAS SEGÚN EDAD Y GÉNERO

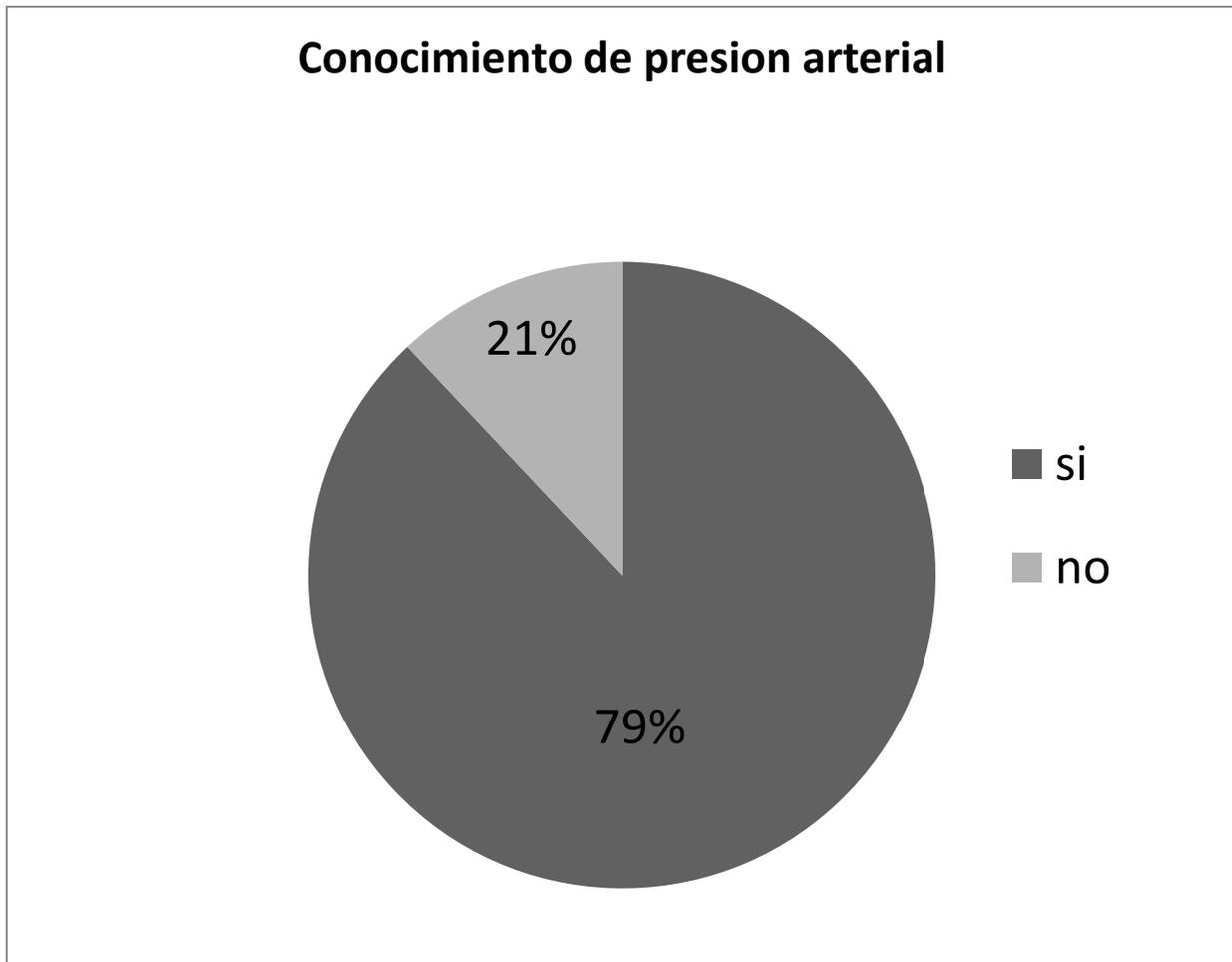
A continuación se muestra la tabla con el detalle de las personas encuestadas.

EDAD	GENERO FEMENINO	GENERO MASCULINO
50-55 años	17 personas	8 personas
56-60 años	13 personas	27 personas
61-64 años	29 personas	11 personas
65-70 años	26 personas	5 personas
TOTAL ENCUESTADOS	85 personas	51 personas
<u>MUESTRA TOTAL</u>	<u>136 PERSONAS</u>	



1. ¿Conoce en qué consiste la hipertensión arterial?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
SI	55 personas	79%
NO	81 personas	21%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #1: Conocimiento de Presión Arterial.

Fuente: Pacientes Encuestados.



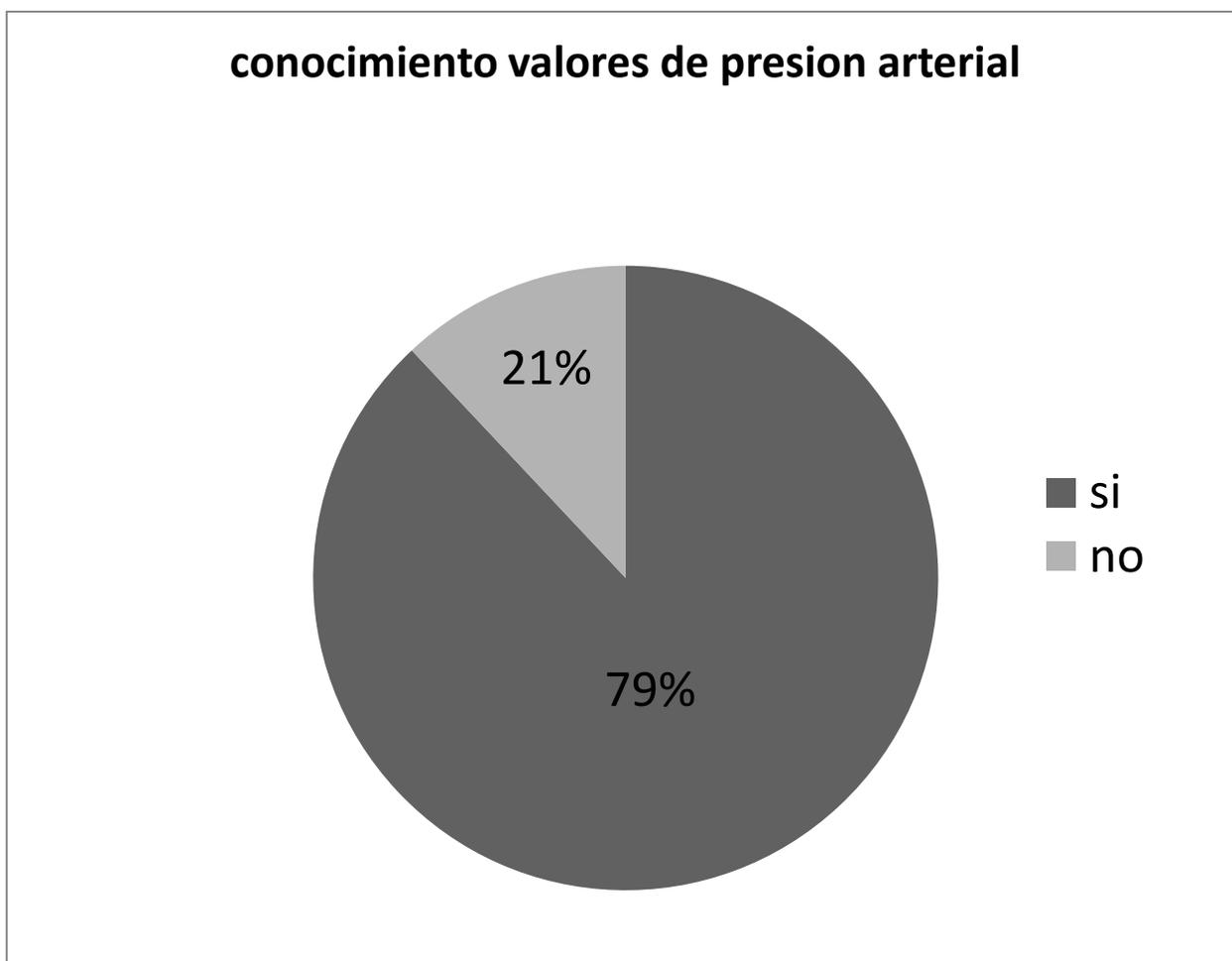
ANÁLISIS

Con respecto a la población que conoce en qué consiste la hipertensión arterial 108 personas dijeron que si correspondiente al 79%. Mientras que el 21% restante manifestó que no correspondiendo a 28 personas. Como podemos observar una mínima parte de la población desconoce por completo en que consiste su enfermedad, manifestando varios factores: falta de educación por el personal en salud, poco interés de la enfermedad, entre otros.



2. ¿Conoce cuáles son sus valores de presión arterial?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
SI	108 personas	79%
NO	28 personas	21%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #2: Conocimiento de los valores de la Presión Arterial.

Fuente: Pacientes Encuestados.



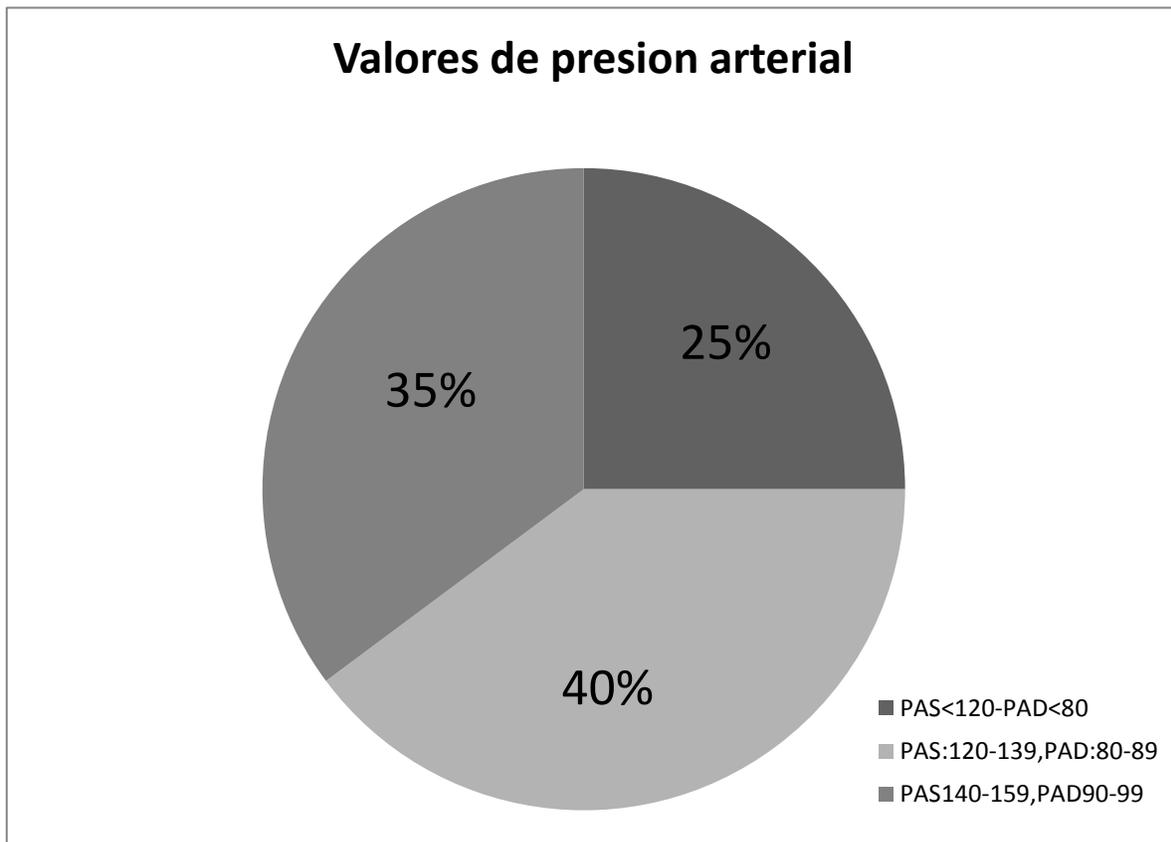
ANÁLISIS

De 136 personas de la población total, 108 de los pacientes que corresponde a 79% de la población conocen cuáles son sus valores de presión arterial, como podemos observar en la gráfica anterior. Mientras que el otro 21% restante que corresponde a 28 personas desconoce por completo sus valores de presión arterial, refiriendo aun así sentirse bien de salud.



3- Si la respuesta anterior fue si, su valor de presión arterial es:

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
PAS<120-PAD<80	27 personas	25%
PAS: 120-139, PAD:80-89	43 personas	40%
PAS: 140-159, PAD:90-99	38 personas	35%
TOTAL	108 personas	100%



Grafica #3: Valores de Presión Arterial.

Fuente: Pacientes Encuestados.



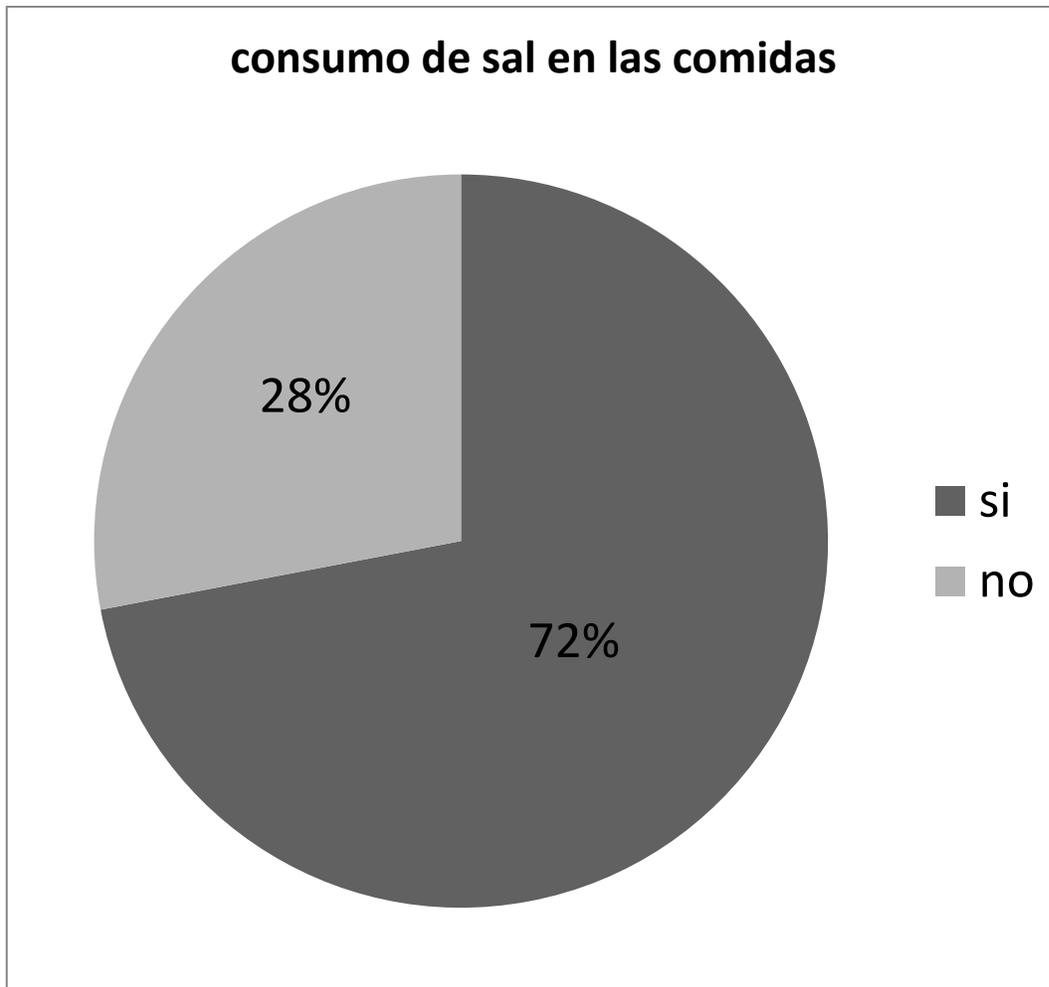
ANÁLISIS

Del 79% de la población correspondiente a 108 personas que respondió que si conocía sus valores de presión arterial, ya fueran estos valores altos o normales, el 25% correspondiente a 27 personas refirieron que sus valores de presión arterial oscilaban entre 120-80 mmHg. El 40% de la población correspondiente a 43 personas refirieron que sus valores oscilaban PAD 120-139 y PAD 80-89 mmHg. Y el 35% restante que corresponde a 38 personas sus valores se encontraban PAS 140-159 y PAD 90-99 mmHg, pese a tratamiento médico siendo este porcentaje de la población el que presenta mayor riesgo de padecer alguna alteración cardiovascular.



4- ¿Consume sal extra durante sus comidas?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
SI	98 personas	72%
NO	38 personas	28%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #4: Consumo de sal en las comidas.

Fuente: Pacientes Encuestados.



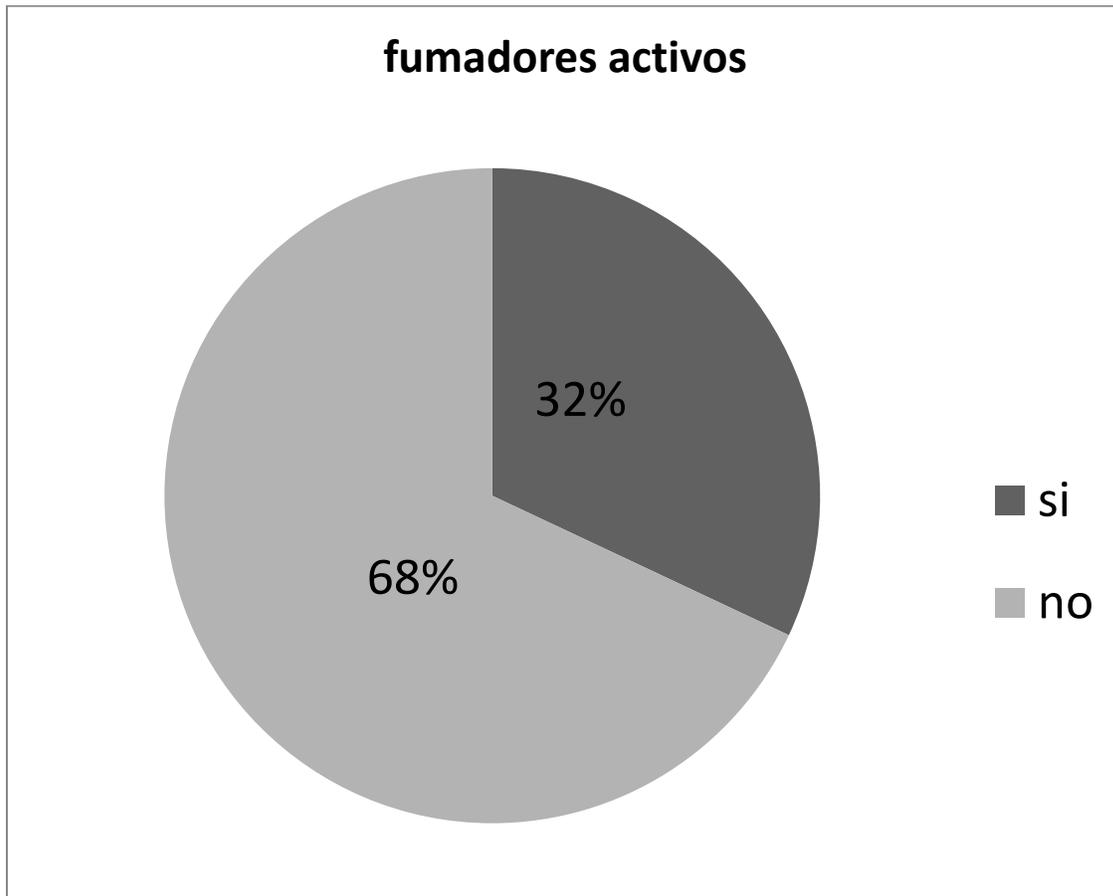
ANÁLISIS

Como se observa en esta grafica el 72% correspondiente a 98 personas consumen sal extra durante sus comidas, siendo este uno de los factores que elevan la presión arterial, mientras el 28% correspondiente a 43 personas no consume sal extra durante sus comidas.



5- ¿Es Ud. Fumador o lo fue durante los últimos años?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
SI	43 personas	32%
NO	93 personas	68%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #5: Fumadores Activos.

Fuente: Pacientes Encuestados.



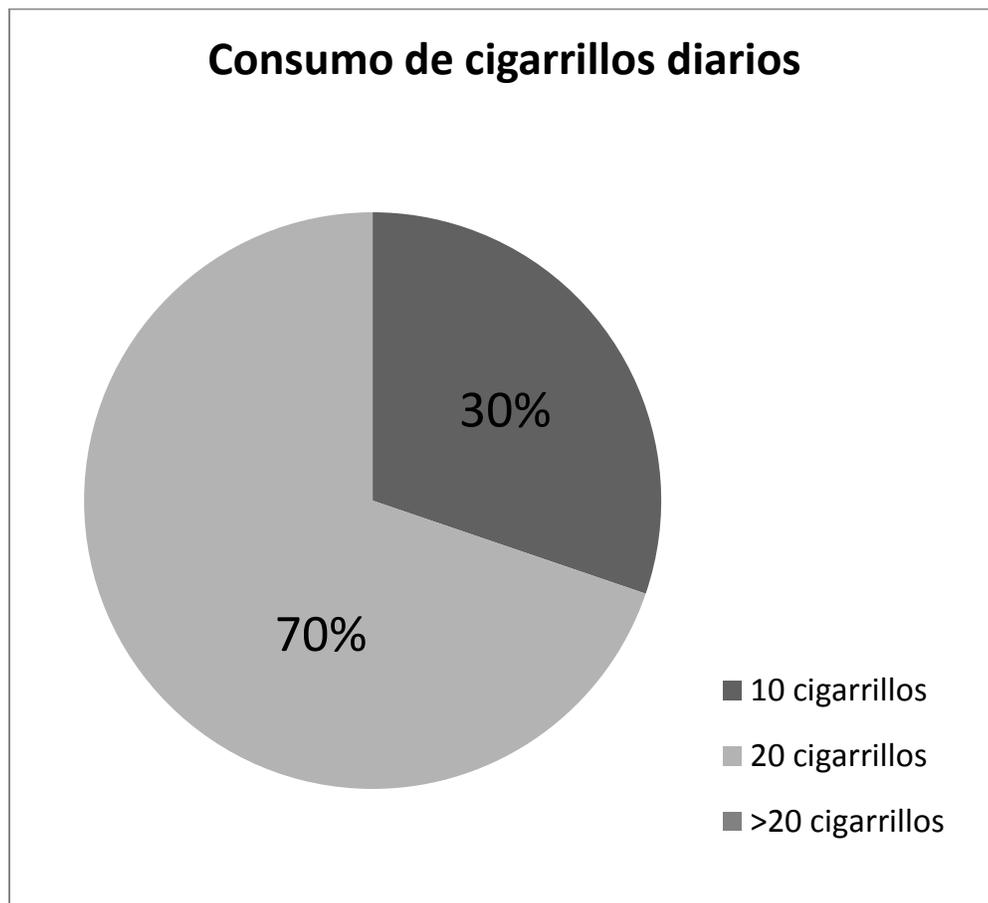
ANÁLISIS

La gráfica muestra que del total de personas entrevistadas (136), únicamente un 32% correspondiente a 43 personas, manifestó ser fumador activo o haberlo consumido cigarrillos en los últimos años aunque no actualmente. Mientras el otro 68% de la población correspondiente a 93 personas refiere nunca haber consumido cigarrillos.



6- ¿Cuántos cigarrillos consume diariamente?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
10 CIGARRILLOS	13 personas	30%
20 CIGARRILLOS	30 personas	70%
>20 CIGARRILLOS	0 personas	0%
TOTAL	43 personas	100%



Grafica #6: Consumo de cigarrillos diarios.

Fuente: Pacientes Encuestados.



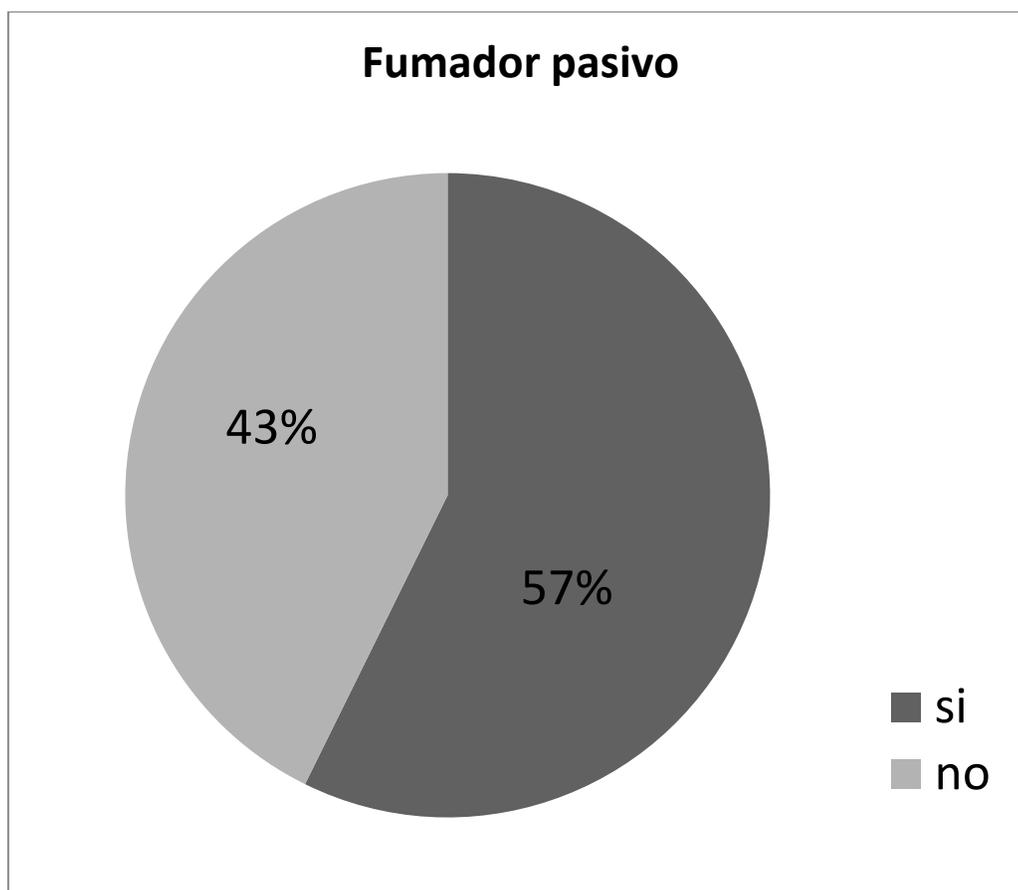
ANÁLISIS

Del 32% correspondiente a de la población que manifestó consumir cigarrillos un 30% correspondiente a 13 personas consume o consumía un promedio de 10 cigarrillos diarios; mientras un 70% correspondiendo a 30 personas tiene un consumo promedio de 20 cigarrillos diarios, y 0% de la población consumía más de 20 cigarrillos diarios.



7- ¿Está en contacto o convive con alguna persona fumadora?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
SI	55 personas	57%
NO	38 personas	43%
TOTAL	93 personas	100%



Grafica #7: Fumador pasivo.

Fuente: Pacientes Encuestados.



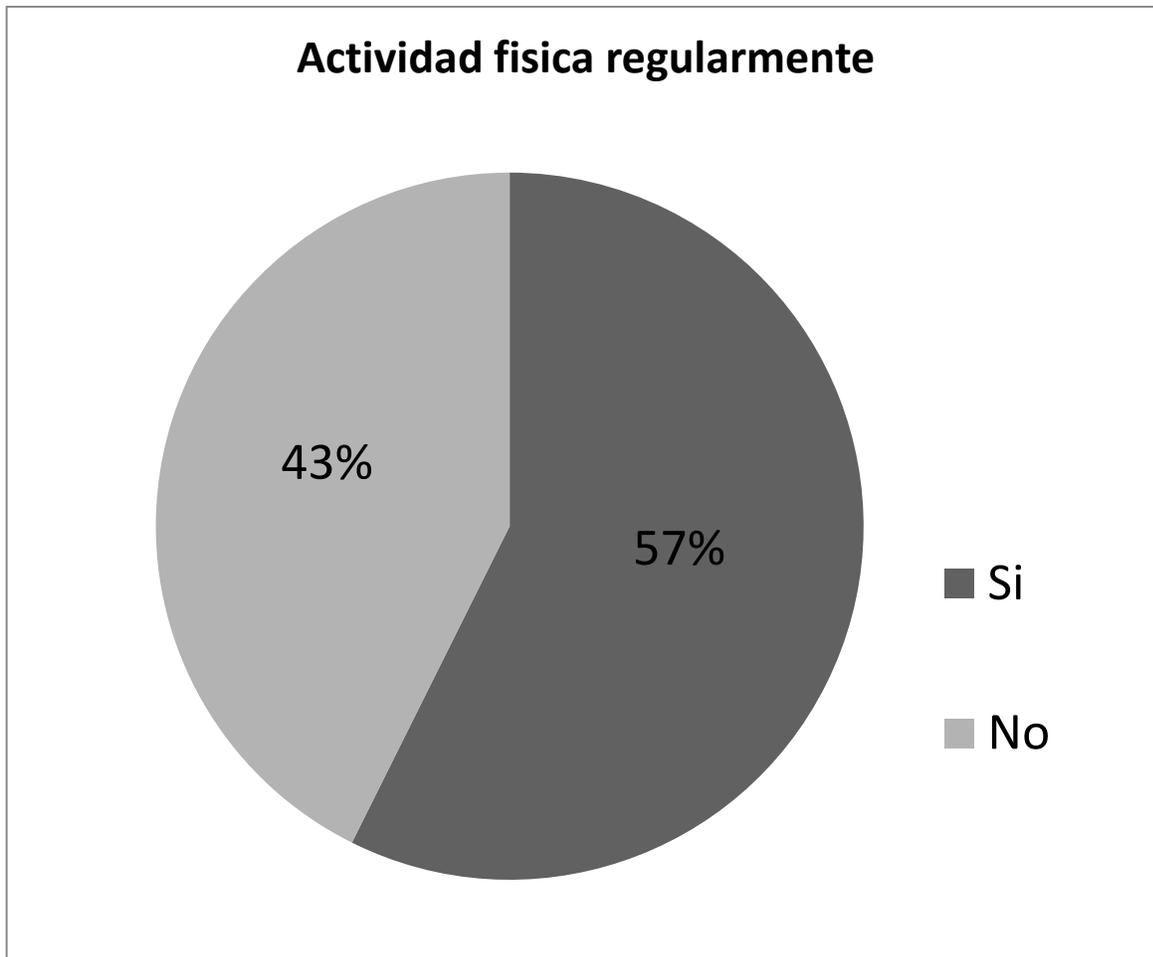
ANÁLISIS

Como se observa del 68% de la población correspondiente a 93 personas, que manifestaron que no eran fumadoras activas o que en ningún momento de su vida habían consumido cigarrillos, de estas un 57% de la población correspondiente a 55 personas refieren estar expuestas al humo del tabaco ya sea en sus hogares o en sus trabajos, mientras que el 43% restante que corresponde a 38 personas son fumadoras pasivas.



8- ¿Realiza actividad física regularmente?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Si	78 personas	57%
No	58 personas	43%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #8: Actividad Física regularmente.

Fuente: Pacientes Encuestados.



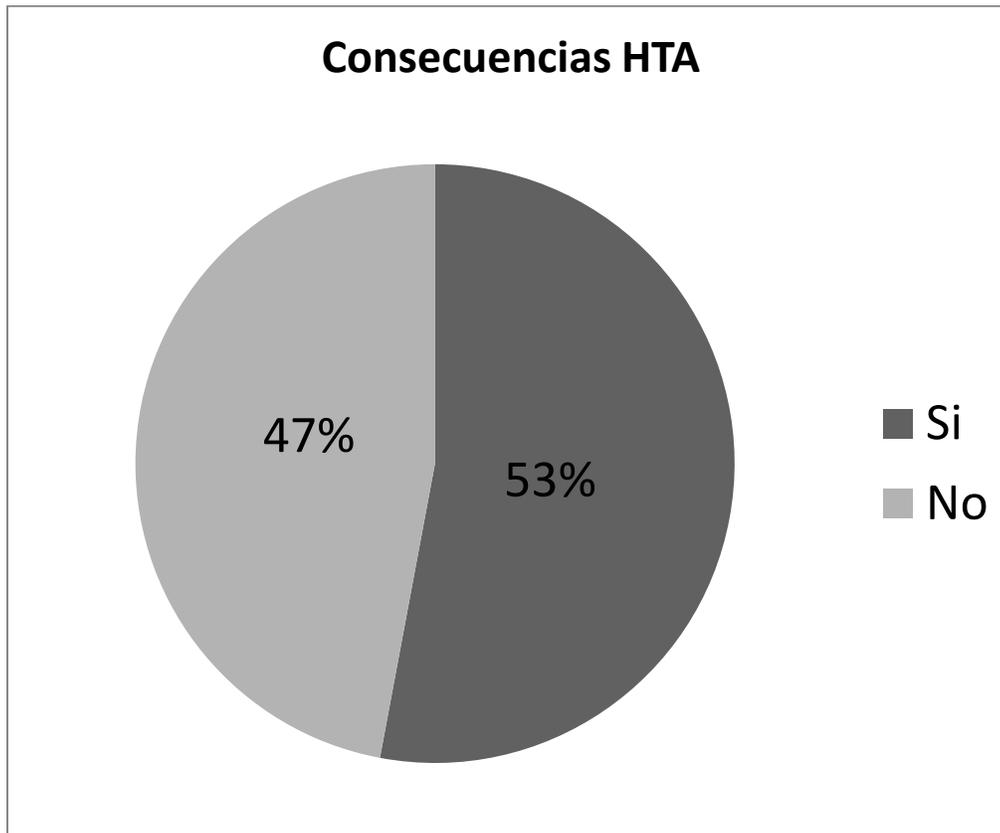
ANÁLISIS

La gráfica muestra que del total de personas entrevistadas (136), 78 de ellas (57%) contestaron que hacen actividad física regularmente dichas actividades comprenden recorridos hacia sus lugares de trabajo caminando, corte de leña, agricultura e inclusive actividades hogareñas; mientras que 58 personas entrevistadas (43%) dijeron que no realizan ningún actividad física sobre todo aquellas personas de avanzada edad.



9- ¿Conoce las consecuencias que produce la Hipertensión arterial?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Si	72 personas	53%
No	64 personas	47%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #9: Consecuencias de Hipertensión Arterial.

Fuente: Pacientes Encuestados.



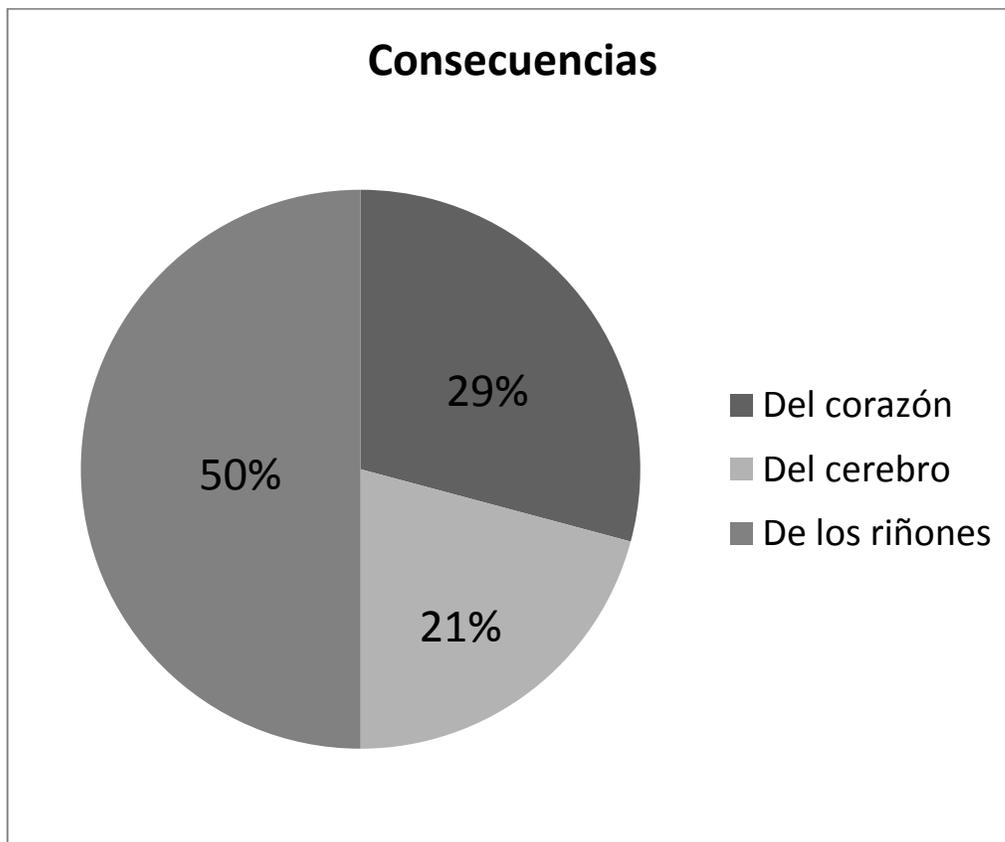
ANÁLISIS

La gráfica muestra que del total de personas entrevistadas (136), 72 personas de los entrevistados equivalentes al 53% dijeron que conocen las consecuencias de la HTA refiriendo que fue a través por educación en salud por parte del médico y charlas educativas impartidas por enfermería por lo que conocen los riesgos y consecuencias que se enfrentan ante un incremento de la tensión arterial; mientras 64 personas que equivalen al 47% dijeron desconocer las consecuencias ante una descompensación en la tensión arterial atribuido a poco interés y desconocimiento de la enfermedad sobre todo en aquellas personas de avanzada edad.



10-¿Si su respuesta anterior fue si, señale las consecuencias que Ud. conoce?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Del corazón	21 personas	29%
Del cerebro	15 personas	21%
De los riñones	36 personas	50%
TOTAL	72 personas	100%



Grafica #10: Consecuencias Hipertensión Arterial.

Fuente: Pacientes Encuestados.



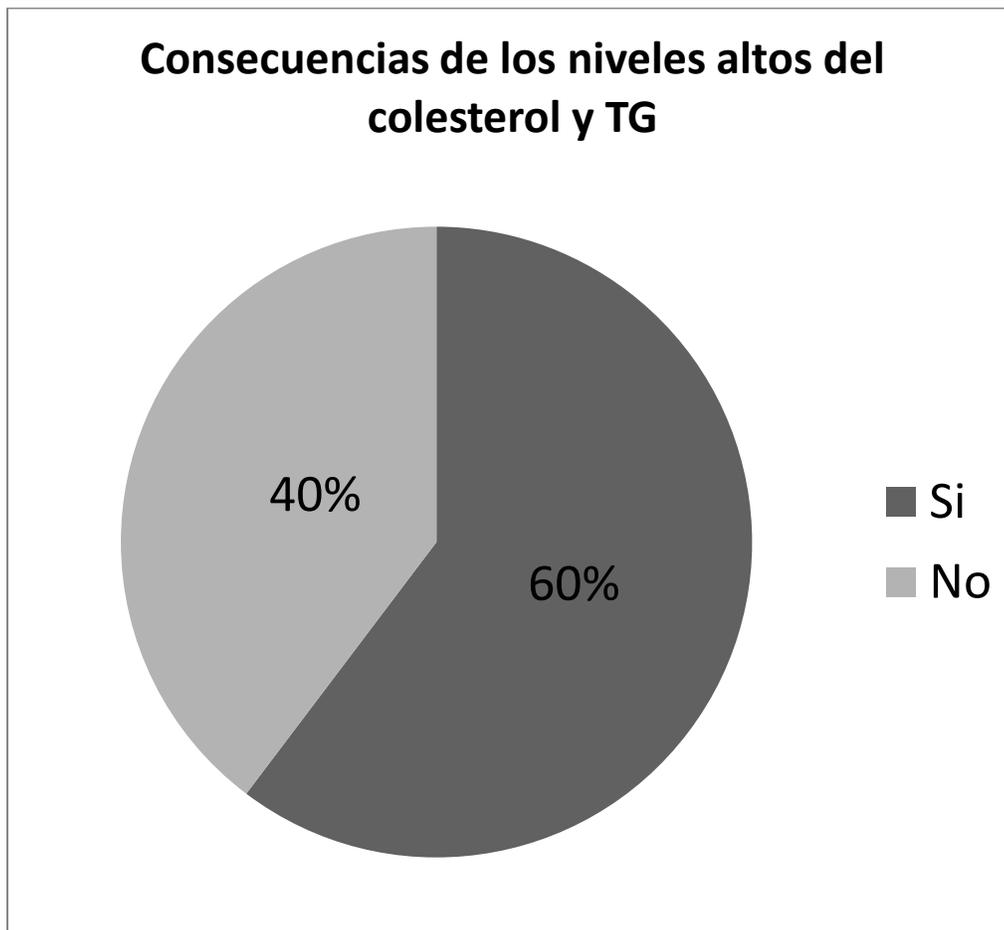
ANÁLISIS

La gráfica muestra que del total de personas entrevistadas (136), 72 de ellas conocen las consecuencias que produce la HTA, de estas 36 personas encuestadas equivalente al 50% contestaron que la principal consecuencia que puede conllevar un incremento de la tensión arterial es un daño a los riñones refiriendo ocasionar insuficiencia renal respuesta que aseguran que el médico en sus respectivos controles le explica el daño que puede producir; mientras que 21 personas constituyendo el 29% de los encuestados manifiesta que el aumento de la presión arterial conlleva a fallo cardiaco y, 15 personas el 21% manifiestan que puede provocar lesión a nivel cerebral siendo esta opción la menos conocida por parte de los entrevistados.



11-¿Conoce usted las consecuencias que puede traer para su salud niveles altos de colesterol y triglicéridos en sangre?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Si	82 personas	60%
No	54 personas	40%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #11: Consecuencias de los niveles altos de colesterol y triglicéridos.

Fuente: Pacientes Encuestados.



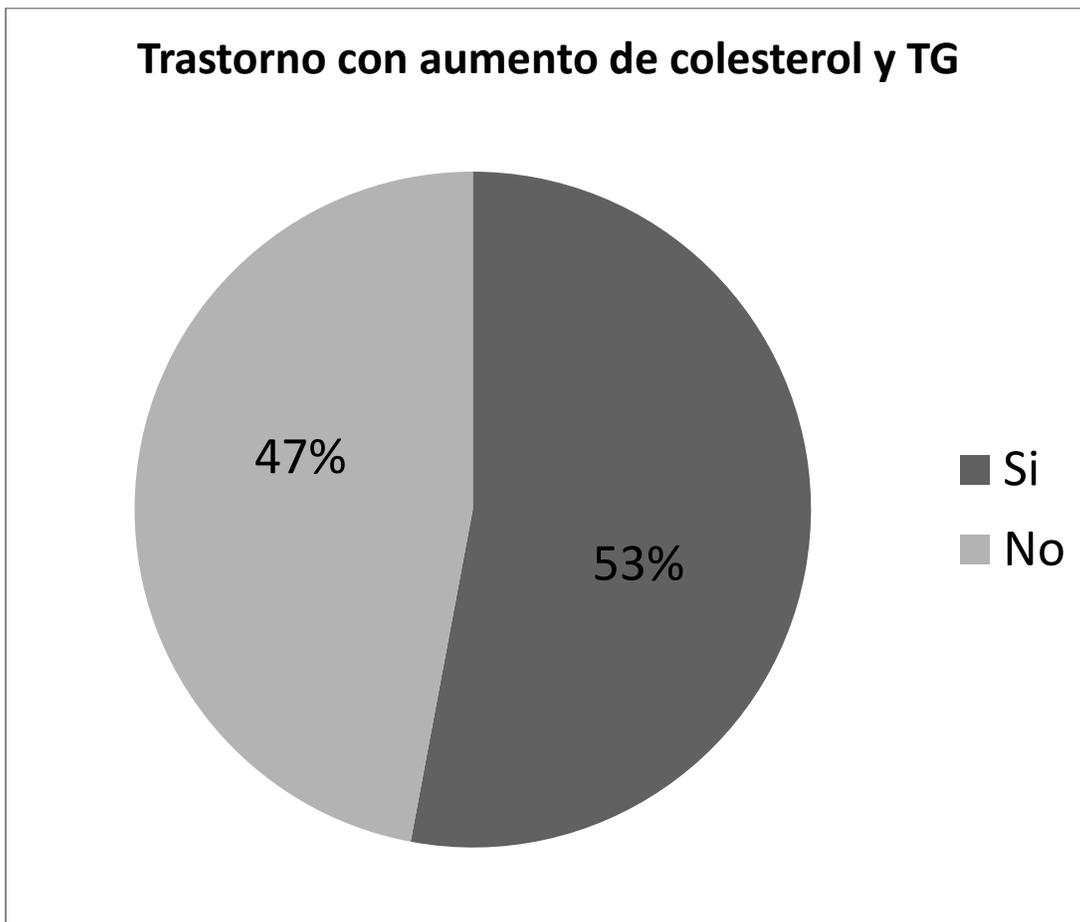
ANÁLISIS

La gráfica muestra que del total de personas entrevistadas (136), 82 personas que equivalen al 60% conocen las consecuencias que pueden ocasionar niveles alterados de colesterol y triglicéridos en sangre refiriendo provocar anomalías cardiacas refiriendo en específico infarto al miocardio; mientras que 54 entrevistados equivalentes al 40% contestaron desconocer las consecuencias ya que refieren conocer que con cambio en el estilo de vida estos niveles altos en sangre disminuyen.



12- ¿Ha padecido usted alguna vez de algún trastorno relacionado con aumento en los niveles de colesterol y triglicéridos?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Si	72 personas	53%
No	64 personas	47%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #12: Trastorno con aumento de colesterol y Triglicéridos.

Fuente: Pacientes Encuestados.



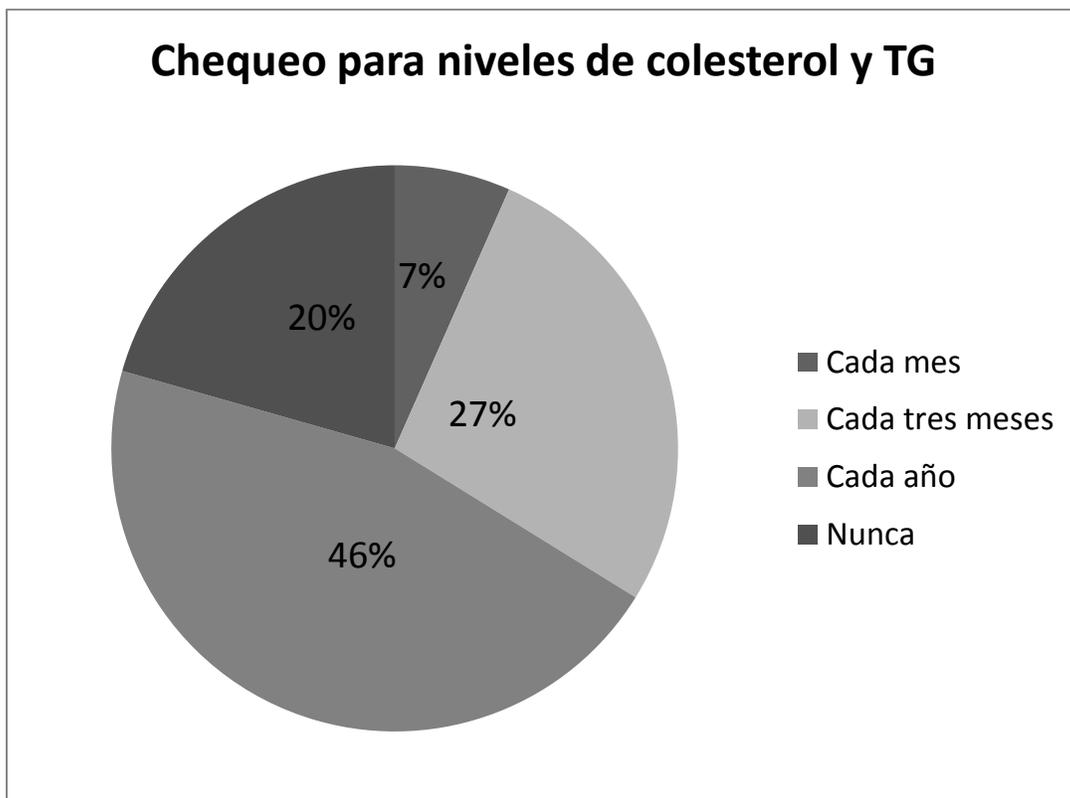
ANÁLISIS

La gráfica muestra que del total de personas entrevistadas (136), 72 personas que equivalen al 53% contestaron padecer o haber padecido de incremento en los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre pero que con cambios en estilo de vida y tratamiento farmacológico, dichos niveles han descendido; mientras que 64 personas que equivalen al 47% refieren no haber presentado incremento en los niveles de triglicéridos y colesterol en este mismo porcentaje desconocen sus niveles en sangre.



13-¿Con que frecuencia realiza un chequeo médico para revisar sus niveles de colesterol y triglicéridos?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Cada mes	9 personas	7%
Cada tres meses	37 personas	27%
Cada año	62 personas	45%
Nunca	28 personas	21%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #13: Chequeo para niveles de Colesterol y Triglicéridos.

Fuente: Pacientes Encuestados.



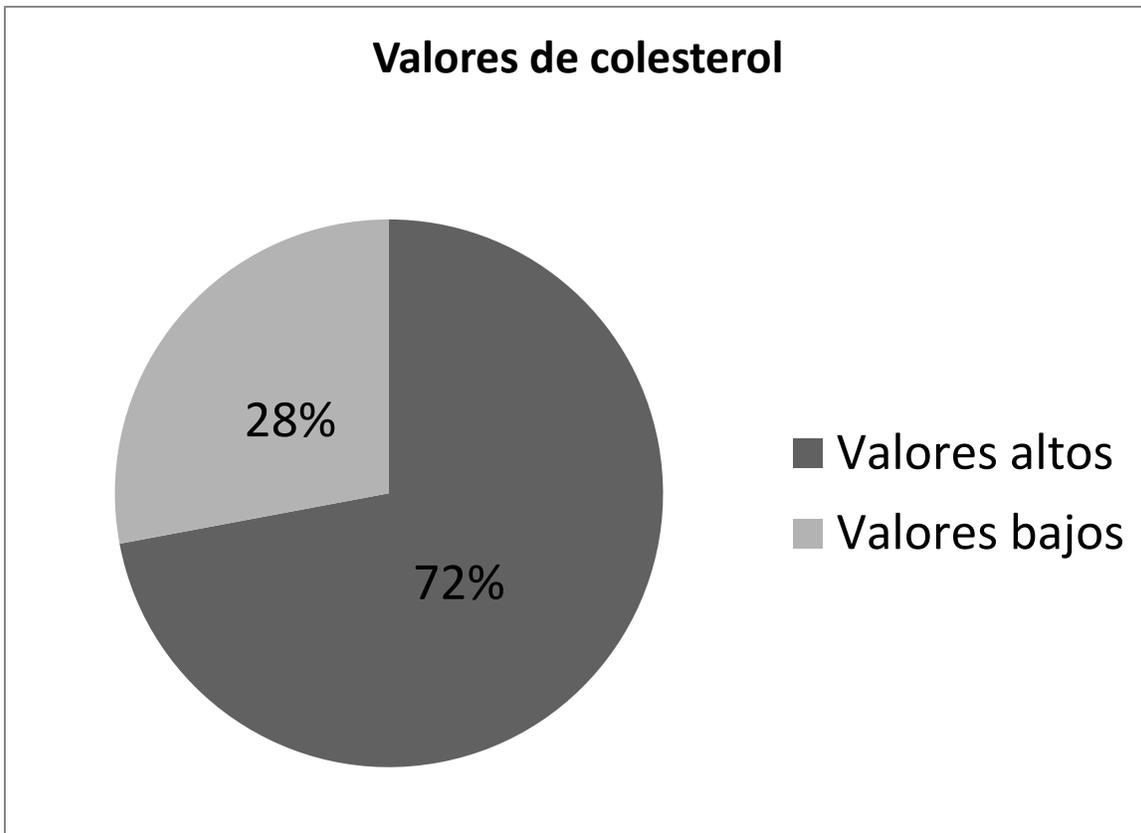
ANÁLISIS

La gráfica muestra que del total de personas entrevistadas (136), 62 personas que equivalen al 45% manifiestan tener un chequeo anual de los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre adjudicando que el centro de salud se satura y la tardanza en los resultados de exámenes tomados; mientras que 37 personas equivalentes al 27% dicen tener un chequeo trimestral manifestando ser importante el cuidado de salud; 9 personas que equivalen al 7% dicen tener un chequeo mensual y 28 personas que equivalen al 21% dicen que nunca se han hecho un chequeo para detectar niveles altos de colesterol y triglicéridos y que desconocen los motivos por los cuales no se les han indicado dichos exámenes.



14-¿Cuáles son sus valores de colesterol?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Altos	98 personas	72%
Bajos	38 personas	28%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #14: Valores de Colesterol.

Fuente: Pacientes Encuestados.



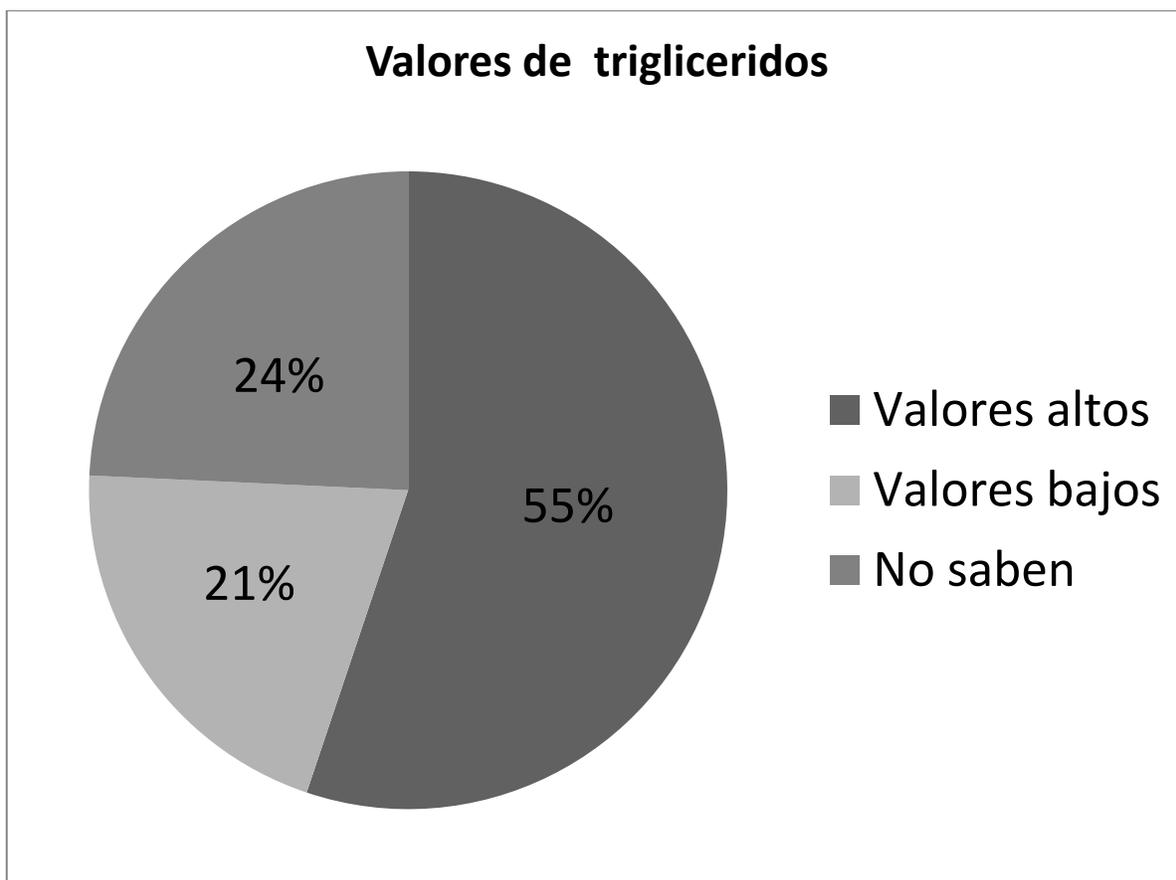
ANÁLISIS

En la gráfica se muestra como del total de personas entrevistadas que fueron 136 pacientes, 98 personas (72.05%) dijo que sus niveles de colesterol se mantenían casi siempre altos, mientras que 38 personas (27.95) refirió que mantenían niveles bajos o normales de colesterol. Las personas refieren la importancia y la necesidad de saber los niveles que se manejan como medida preventiva para evitar futuras complicaciones y la mayoría de los que refirió tener niveles elevados están conscientes del riesgo que esto representa y manifiestan que tratan dentro de lo posible de seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud para tratar de normalizar sus cifras de colesterol.



15-¿Cuáles son sus valores de triglicéridos?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Altos	75 personas	55%
Bajos	28 personas	21%
Valores desconocidos	33 personas	24%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #15: Valores de Triglicéridos.

Fuente: Pacientes Encuestados.



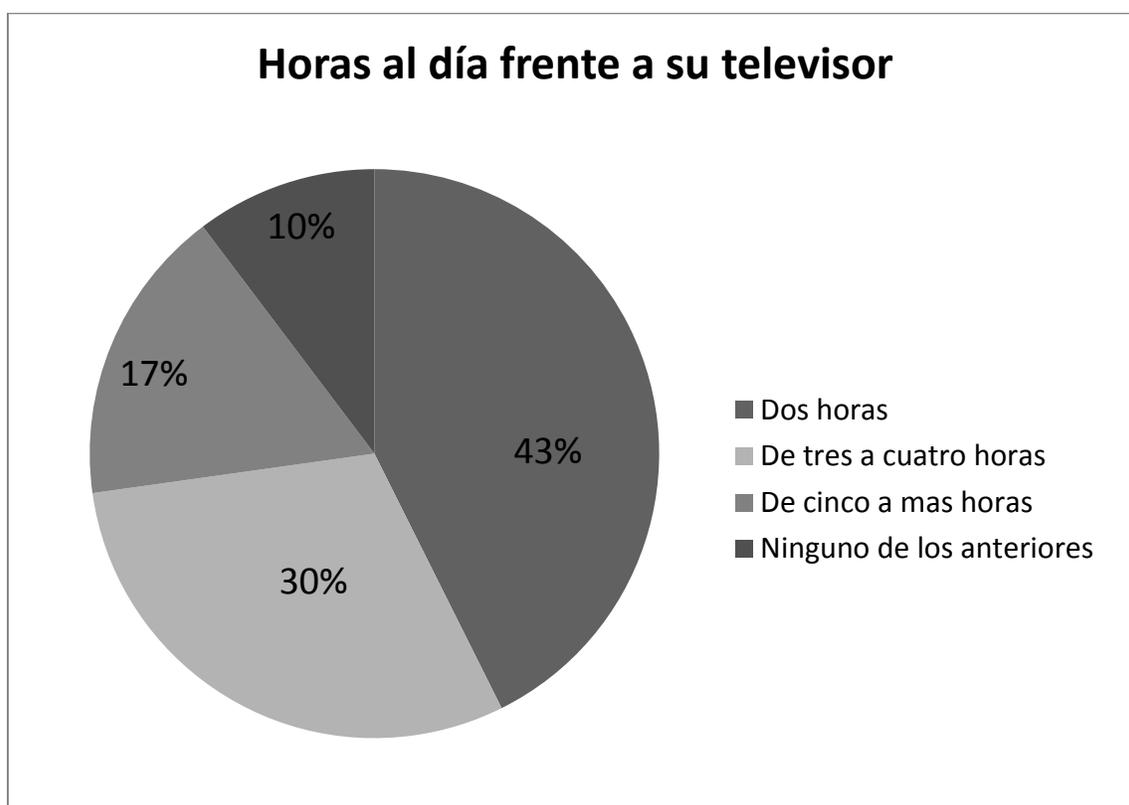
ANÁLISIS

En la gráfica se muestra como del total de personas entrevistadas que fueron 136 pacientes, 75 personas (55.14%) dijeron que mantenían niveles altos de triglicéridos, mientras que 28 personas (20.58) refirieron niveles bajos o normales; por otro lado 33 personas (24.26%) manifestaron que desconocían sus niveles de triglicéridos. La mayoría de las personas están familiarizada con estos términos ya que en cada consulta el medico les explica y les muestra cómo deben estar sus cifras en cada perfil lipídico; sin embargo hubo varios pacientes que a pesar de estar conscientes de lo importante de estas medidas no sabía cuáles eran los niveles normales o los niveles que ellos regularmente manejan.



16- ¿Cuántas horas al día permanece usted sentado frente al televisor?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Dos horas	58 personas	43%
De tres- cuatro horas	41 personas	30%
Cinco horas o mas	23 personas	17%
Otra respuesta	14 personas	10%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #16: Horas al día frente a su televisor.

Fuente: Pacientes Encuestados.



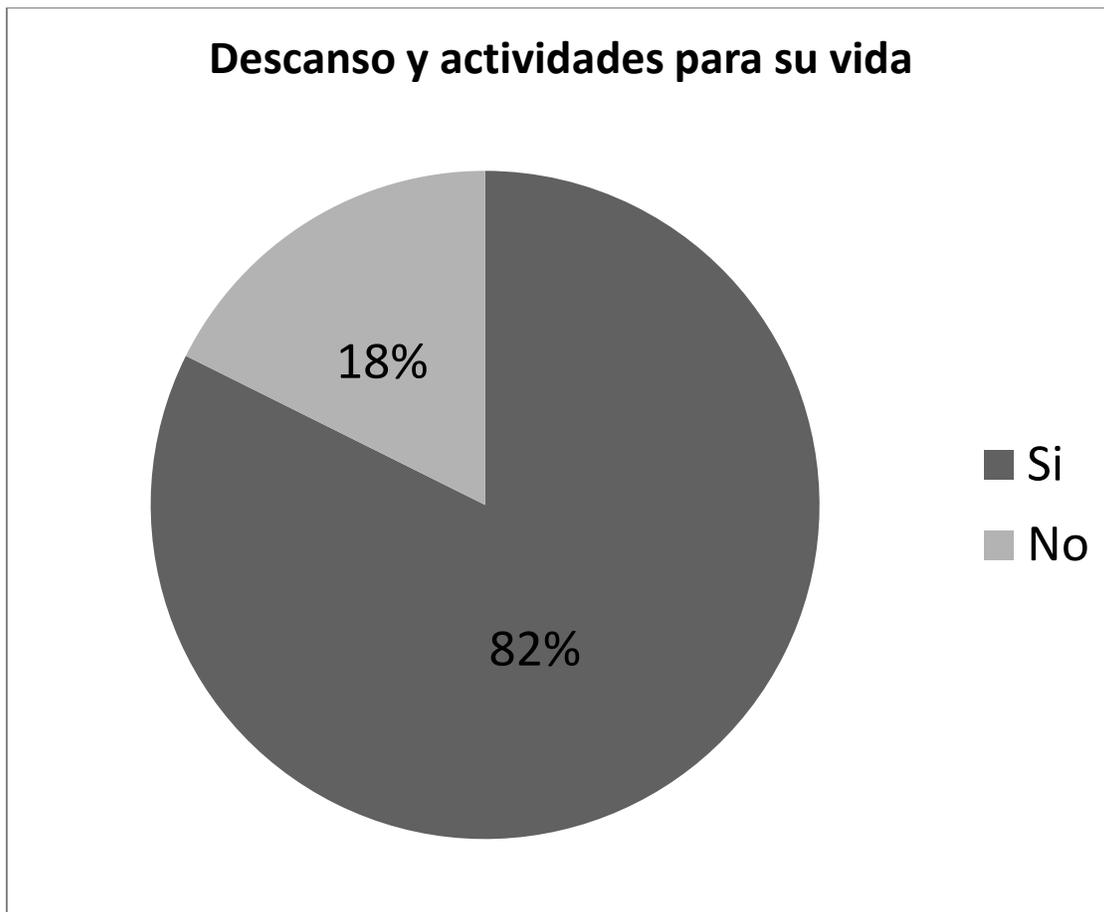
ANÁLISIS

En la gráfica se muestra como del total de personas entrevistadas que fueron 136 pacientes; 58 personas (42.6%) dijeron que pasaban alrededor de dos horas frente a su televisor; mientras que 41 personas (30.14%) refirieron que pasaban frente a su televisor de tres a cuatro horas; por otro lado 23 personas (16.91%) manifestaron que pasaban más de cinco horas frente al televisor y finalmente 14 personas (10.29%) no contesto ninguna de las opciones anteriores sino que dio una respuesta diferente. Como se puede apreciar es alto el porcentaje de personas que permaneces varias horas sentadas frente a un televisor lo cual contribuye a un estado de vida sedentario y que se convierte en potencial factor de riesgo para patologías cardiovasculares o de otro tipo. Así también se encuentran las personas que no contesto ninguna de las opciones dadas, siendo en su mayoría respuestas como que miraban menos de dos horas debido a falta de tiempo para realizar dicha actividad ya fuera por sobrecarga laboral o por tener que realizar otras actividades en su hogar que les exigían alta demanda de tiempo; y otros simplemente respondieron que no les gustaba ver televisión o que miraban nada mas durante el tiempo que comían por ejemplo lo cual les llevaba alrededor de una hora o menos.



17-¿Considera usted que es importante para su salud combinar descanso y actividades regularmente y lo aplica usted para su vida?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Si	112 personas	82%
No	24 personas	18%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #17: Descanso y actividades para su vida.

Fuente: Pacientes Encuestados.



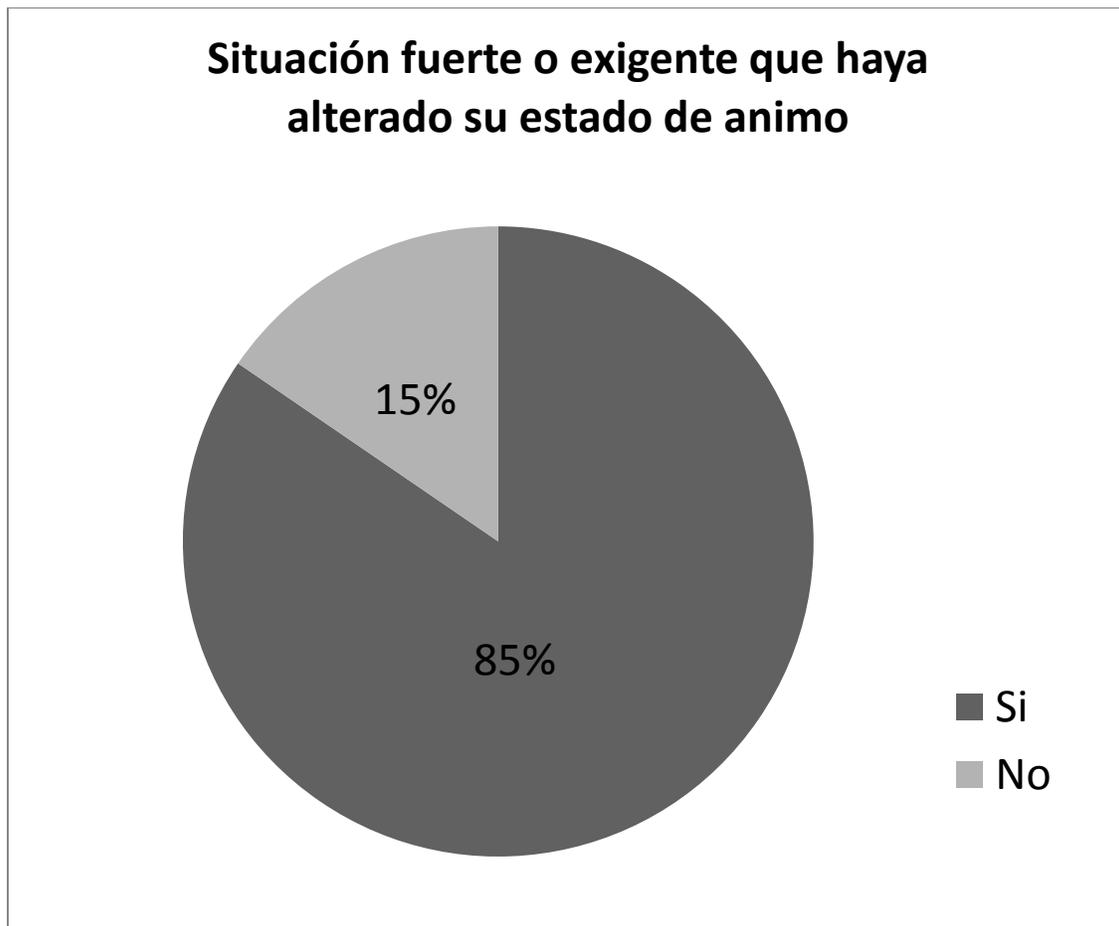
ANÁLISIS

En la gráfica se muestra como del total de personas entrevistadas que fueron 136 pacientes; 112 personas (82.35%) dijeron que si era importante combinar descanso y actividad física; mientras que 24 personas (17.64%) manifestaron que para ellos no era importante. Se puede apreciar que en su mayoría los pacientes saben que es necesario llevar un estilo de vida balanceando realizando tanto jornadas de descanso como actividades físicas que les ayuden a desarrollarse y así evitar el sobrepeso y la obesidad, siendo estos de los principales riesgos cardiovasculares. Sin embargo hay un porcentaje también de personas que consideran que no hay tanta relevancia en combinar ambos tipos de estilo de vida o que simplemente refieren que no les queda tiempo para realizar por ejemplo algún tipo de ejercicio y que prefieren aprovechar el poco tiempo que les queda entre las jornadas laborales descansando en casa.



18-¿Ha pasado alguna vez alguna situación fuerte o exigente que haya alterado su estado de ánimo?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Si	115 personas	85%
No	21 personas	15%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #18: Situación fuerte o exigente que altere su estado de ánimo.

Fuente: Pacientes Encuestados.



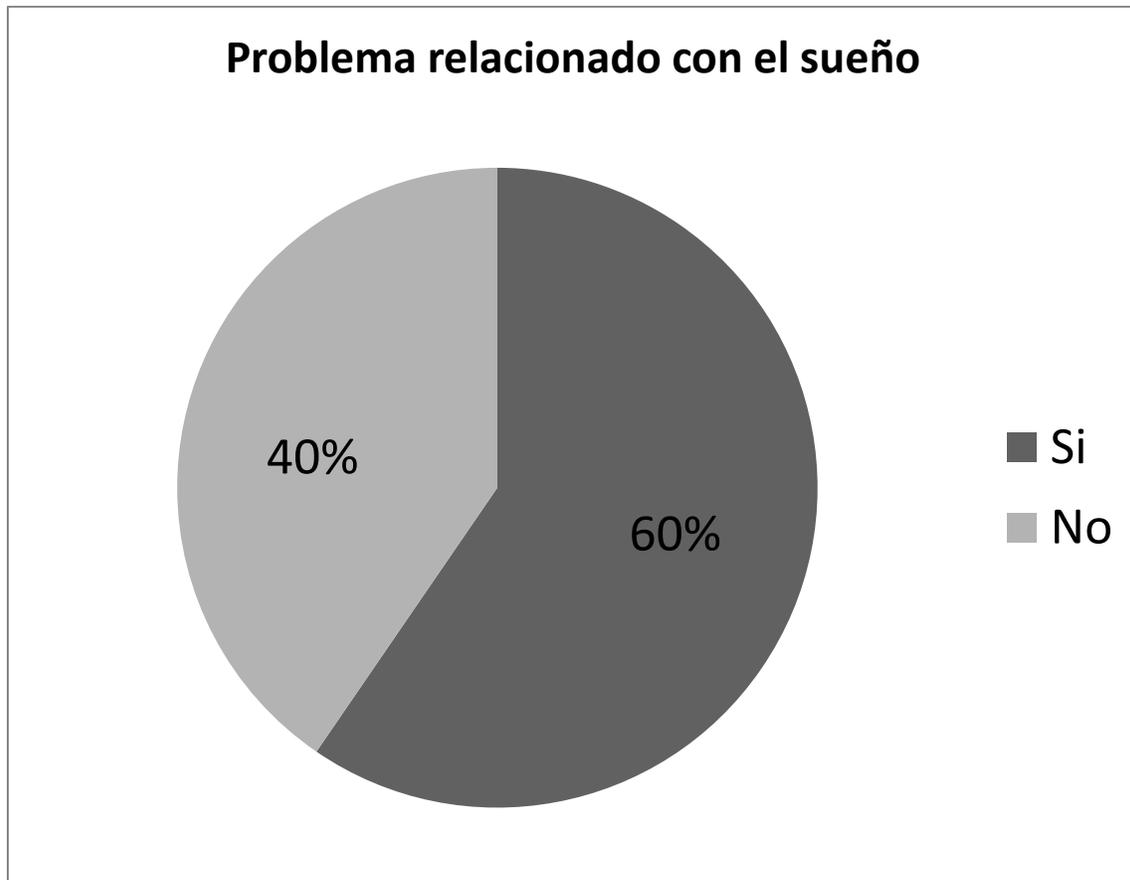
ANÁLISIS

En la gráfica se muestra como del total de personas entrevistadas que fueron 136 pacientes, 115 personas (84.55%) manifestó que si había pasado alguna vez por una experiencia fuerte o difícil que altero su estado de ánimo en ese momento; mientras que 21 personas (15.44%) refirieron que nunca habían pasado por alguna situación extremadamente difícil o que si la habían tenido no les había afectado en su estado emocional. La mayoría de las personas acepta que ha tenido alguna experiencia especialmente complicada durante su vida y explica cómo esta les ha afectado en su estado y desarrollo emocional y la manera en cómo han tratado de manejarlo y superarlo. Hay otro determinado número de personas que manifiestan que aunque han tenido algún problema fuerte en su vida refieren que lo han sobrellevado con éxito y que esto en ningún momento les afecta su estado de ánimo y un mínimo número de personas respondió que nunca habían pasado por una situación difícil o complicada durante su vida.



19-¿Ha tenido usted alguna vez algún problema relacionado con el sueño?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Si	81 personas	60%
No	55 personas	40%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #19: Problema relacionado con el sueño.

Fuente: Pacientes Encuestados.



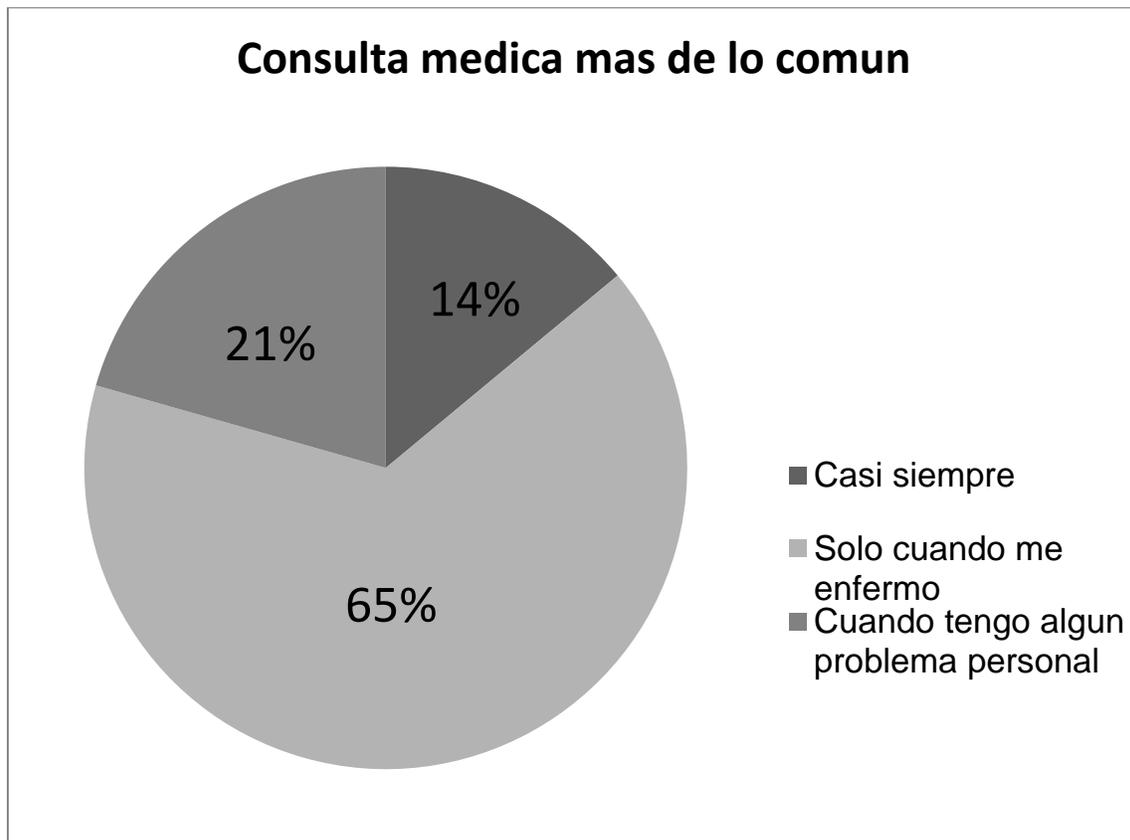
ANÁLISIS

En la gráfica se muestra como del total de personas entrevistadas que fueron 136 pacientes; 81 personas (59.55%) refirió que si había presentado en alguna ocasión algún problema relacionado con el sueño, mientras que 55 personas (40.44%) manifestó que nunca había tenido dificultades relacionadas con el sueño. Los porcentajes son parecidos como se refleja en la gráfica; las personas que refieren problemas con el sueño manifiesta que debido a problemas personales, laborales o familiares han tenido dificultad sobre todo para conciliar el sueño durante la noche y que incluso hay personas que han tenido que recurrir en más de una ocasión a medicamentos para dormir o tranquilizantes entre otros; por el otro lado están los paciente que manifiestan que nunca han tenido ninguna alteración en su patrón de sueño o que si los han presentado han sido leves y pasajeros y que no han tenido mayor dificultad para resolverlos.



20-¿En qué situaciones realiza consulta médica más de lo común?

RESPUESTA	Nº PERSONAS	PORCENTAJE
Cuando se enferman	89 personas	65%
Si tiene un problema	28 personas	21%
Siempre	19 personas	14%
TOTAL	136 personas	100%



Grafica #20: Consulta médica más de lo común.

Fuente: Pacientes Encuestados.



ANÁLISIS

En la gráfica se muestra como del total de personas entrevistadas que fueron 136 pacientes; 89 personas (65.44%) manifestaron que solo consultaban cuando se sentían realmente enfermos o incluso muchas veces se automedican debido a la falta de tiempo para asistir a un centro de salud; mientras que 28 personas (20.58%) refirieron que consultaban cuando tenían un problema personal ya que muchas veces algún tipo de dificultad les afectaba a su salud y debían asistir para recibir algún tipo de tratamiento que les mejorara; y finalmente 19 personas (13.97%) dijeron que consultaban casi siempre manifestando que su objetivo al consultar frecuentemente es prevenir futuras enfermedades que pueden evitarse haciéndose una revisión cada cierto tiempo y evitar así sufrir de alguna complicación en el futuro.



CONCLUSIONES

- El grupo de riesgo de mayor vulnerabilidad para padecer Hipertensión Arterial es el sexo femenino como se puede observar, las mujeres son las que corren con mayor riesgo de presentar alguna alteración cardiovascular por lo que es importante intensificar la búsqueda de pacientes hipertensos en los establecimientos de salud.
- Un bajo porcentaje de la población (25%) mantiene valores de presión arterial en los límites normales, siendo muy poco el porcentaje de pacientes que tiene un bajo riesgo de presentar alteraciones cardiovasculares, mientras que el 75% de la población sufre alto riesgo de presentar alteraciones cardiovasculares.
- En su mayoría las personas hipertensas no llevan estilos de vida saludables, lo que conlleva a una descompensación en sus valores de presión arterial pese a que se encuentran en tratamiento médico; o en su defecto no se toman el medicamento como es indicado.
- Dentro de los principales factores que afectan la salud como el tabaquismo, estrés, obesidad, dislipidemia y sedentarismo se puede observar que la mayoría de la población tiene presente uno o más de estos factores, lo que conlleva a valores elevados de presión arterial y por ende a mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares.
- El tabaco es uno de los principales factores que hacen que una persona esté más expuesta a sufrir de una enfermedad cardiovascular en relación a esto, en este estudio se encontró que en esta población es un factor de riesgo presente ya que el porcentaje de personas fumadoras activas es bajo, el porcentaje de personas que son fumadoras pasivas si es alto por lo que si constituye un riesgo de padecer alteraciones cardiovasculares.



- La mayoría de las personas tiene un conocimiento general acerca de la importancia de conocer los niveles de colesterol y triglicéridos, de igual manera se interesa de sus propios valores realizándose un chequeo por lo menos una vez al año en su gran mayoría.
- Es mayor el porcentaje de personas que tienen un estilo de vida activo esto debido al tipo de vida que tiene cada persona el cual exige un alto gasto de actividad física reflejado sobretodo en el trabajo que realiza cada uno de ellos.
- Un mayor porcentaje de sujetos manejan algún grado de estrés. Los problemas o situaciones de estrés pueden afectar al estado de salud general de una persona, causando alteración tanto en su estilo de vida como el funcionamiento adecuado de su organismo.



RECOMENDACIONES

- Capacitación al personal de salud de UCSFB AMATE BLANCO para brindar información oportuna y adecuada a los pacientes con respecto a las consecuencias y complicaciones que conlleva no estar en control de la presión arterial.
- Búsqueda de pacientes nuevos con hipertensión arterial por parte del personal de salud, realizando jornadas médicas para la detección oportuna, y para la prevención de una complicación cardiovascular.
- Crear grupos de apoyo dentro de UCSFB AMATE BLANCO para brindar consejería sobre estilos de vida saludables, adherencia al tratamiento, monitoreo continuo de valores de presión arterial.
- Educación nutricional a pacientes hipertensos para evitar descompensaciones en los niveles óptimos de presión arterial por parte de personal en salud calificado.
- Enfatizar en la importancia de un chequeo trimestral en los valores sanguíneos de colesterol y triglicéridos para prevenir complicaciones sobre agregadas en estos pacientes.
- Incentivar a nuestros pacientes a realizar actividad física por lo menos 30 minutos al día evita el riesgo de enfermedades cardiovasculares y mejora la calidad de vida.
- Educar a nuestros pacientes sobre cómo evitar el estrés y manejar los problemas emocionales es uno de los tantos factores que predisponen a la hipertensión arterial, por lo tanto su manejo a través de técnicas de relajación ayuda al control de la tensión arterial.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2015

Actividades	Mes	ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGO				SEP				OCT			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TRABAJO DE GRADO																																									
Realización de la Introducción																																									
Realización de la Justificación																																									
Planteamiento del Problema																																									
Elaboración de objetivos																																									
Marco Teórico																																									
Hipótesis																																									
Metodología																																									
Elaboración del cronograma																																									
Presupuesto																																									
Aplicación del instrumento																																									
Análisis de resultados																																									
Discusión																																									
Conclusiones																																									
Recomendaciones																																									
Bibliografía																																									
Anexos																																									



BIBLIOGRAFIA

- Harrison. *Principios de Medicina interna*. 18 edición. México. McGraw-Hill; 2011. Capitulo 241 págs. 1549- 1563.
- Manual Washington de terapéutica médica, 33 ediciones. Philadelphia, Wolter Kluwer, 2010, Capitulo 3, págs. 65-84
- Zacarías Ortiz, Eladio. *Pasos para hacer una investigación*. Segunda edición. El Salvador. Clásico Roxsil., 2001.
- JNC 7. *Revista española de cardiología*. 2015. [acceso 11/8/2015]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/septimo-informe-del-joint-national/articulo/13051609/>
- JNC7. *Centro de salud sector III*. 2013. [acceso 13/8/2015]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html#tto>
- JNC 8. *APRINMO*. 2014. [acceso 13/8/2015]. Disponible en: <http://www.apn-m.info/2014/02/jnc-8-en-espanol-pdf-algoritmo-de-manejo.html>
- Sistema Nacional de Salud. SIMMOW. Estadísticas vitales. 2015. [acceso 07/10/2015]. Disponible en: <http://simmow.salud.gob.sv/>
- Ministerio de salud. MINSAL. El Salvador diagnostica nuevos casos de hipertensión arterial. 2015. [acceso 07/10/2015]. Disponible en: www.salud.gob.sv/novedades/noticias
- La página. Periódico digital. Casos de hipertensión arterial. . 2013. [acceso 07/10/2015]. Disponible en: <http://www.lapagina.com.sv/ampliar.php?id=80068>



- Texas HeartInstitute. Centro de información cardiovascular. Diciembre 2014. [acceso 13 de marzo 2015]. Disponible en:
http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm



ANEXOS

ANEXO 1: PRESUPUESTO GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

PRESUPUESTO

Clasificación	¿Cuál recurso?	¿Con qué fin?	Costo
Recursos Humanos	Asesor trabajo de grado	Asesorar y guiar acerca del estudio a realizar.	---
	Tres estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina	Encargados de la realización del estudio.	---
Recursos Físicos	Tres computadoras (portátiles o de escritorio)	Para la elaboración del trabajo y la obtención de información.	---
	Conexión a Internet	Necesaria para la obtención de información.	---
	Empastado	Necesarias para el trabajo de grado.	\$40
	Viáticos	Combustible (Gasolina) necesario para transportarse en vehículo y alimentación del grupo de trabajo de grado.	\$50
	Impresión de Anteproyecto y Tesis	Se empleará para la impresión del trabajo físico del anteproyecto y finalización de tesis.	\$60
	Saldo para celular	Se utilizará para realizar llamadas entre los miembros del grupo o con personas externas al grupo pero necesarias para el trabajo a realizar.	\$15
	Refrigerios	Cortesía para los asistentes a las presentaciones del trabajo de grado.	\$ 100
COSTO TOTAL			\$265



ANEXO 2. FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ENTRE 50-70 AÑOS

Objetivo: obtener información sobre los riesgos cardiovasculares en la población hipertensa que ponen en riesgo su salud.

Presentación: este instrumento responde a la investigación sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. El propósito es indagar cuales son los factores que se presentan con mayor frecuencia.

Indicación: por favor responda de forma objetiva las siguientes preguntas.

Lugar: _____ Fecha: _____

Hora: _____ Sexo: _____

Entrevistador(a): _____

1- ¿Conoce en qué consiste la hipertensión arterial?

Sí _____ No _____

2- ¿Conoce cuáles son sus valores de presión arterial?

Sí _____ No _____

3- Si la respuesta anterior fue si, su valor de presión arterial es:

- PAS<120-PAD<80mmHg
- PAS: 120-139, PAD:80-89mmHg
- PAS: 140-159, PAD:90-99mmHg

4- ¿Consume sal extra durante sus comidas?

Sí _____ No _____



5- ¿Es Ud. Fumador o lo fue durante los últimos años?

Sí _____ No _____

6- ¿Cuántos cigarrillos consume diariamente?

10 _____ 20 _____ más de 20 _____

7- ¿Esta Ud. En contacto o convive con alguna persona fumadora?

Sí _____ No _____

8- ¿Realiza actividad física regularmente?

Sí _____ No _____

9- ¿Conoce las consecuencias que produce la Hipertensión arterial?

Sí _____ No _____

10- Si su respuesta anterior fue si, señale las consecuencias que Ud. conoce:

- Del corazón (Insuficiencia cardiaca, infarto agudo de miocardio).
- Del cerebro derrame cerebral).
- De los riñones (insuficiencia renal crónica).

11- ¿Conoce usted las consecuencias que puede traer para su salud niveles altos de colesterol y triglicéridos en sangre?

Sí _____ No _____

12- ¿Ha padecido usted alguna vez de algún trastorno relacionado con un aumento de niveles de colesterol y triglicéridos?

Sí _____ No _____



13- ¿Con que frecuencia realiza un chequeo médico para revisar sus niveles de colesterol y triglicéridos?

- Cada mes
- Cada 3 meses
- Cada año
- Nunca

14- ¿Cuáles son sus valores de colesterol?

- Valores altos
- Valores bajos

15-¿Cuáles son sus valores de triglicéridos?

- Valores altos
- Valores bajos
- No saben

16-¿Cuántas horas al día permanece usted sentado frente a su televisor?

- 2 horas
- De 3 a 4 horas
- 5 o más horas
- Otra Respuesta

17-¿Considera usted que es importante para su salud combinar descanso y actividades regularmente y lo aplica usted para su vida?

Sí____ No____

18-¿Ha pasado alguna vez alguna situación fuerte o exigente que altere su estado de ánimo?

Sí____ No ____



19-¿Ha tenido usted alguna vez algún problema para relacionado con el sueño?

Sí ____ No ____

20-¿En qué situaciones realiza consulta médica más de lo común'?

- Casi siempre
- Solo cuando me siento muy enfermo
- Cuando tengo algún problema personal



GLOSARIO

- PA: Presión Arterial.
- Hipertensión Arterial: Es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos.
- HTA: Hipertensión Arterial.
- mmHg: milímetros de mercurio.
- ECV: Accidente Cerebrovascular.
- SIMMOW: Sistema nacional de salud morbimortalidad + estadísticas vitales.
- Dislipidemia: Es un trastorno en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento en los niveles de colesterol o hipercolesterolemia y el incremento de las concentraciones de triglicéridos o hipertrigliceridemia en sangre.
- Sedentarismo: Es aquel estilo de vida que se caracteriza por la permanencia en un lugar más o menos definido como espacio de hábitat.
- JNC: Joint National Committee.
- Muestra: Es una parte de la población a estudiar que sirve para representarla.
- Población: Es un conjunto de elementos que presentan una característica común.
- Población Finita: Es el conjunto compuesto por una cantidad limitada de elementos, como el número de especies, el número de estudiantes, el número de obreros.



- Método descriptivo: Se ocupa de la descripción de datos y características de una población.
- Dieta DASH: "Dietary Approaches to Stop`Hypertension", que quiere decir enfoques de la dieta para frenar la hipertensión.
- UCSF B: unidad comunitaria de salud familiar básica.