



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PUBLICA**



**“FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN LOS PACIENTES DE 30 - 60 AÑOS QUE ASISTEN A
LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO
DE SAN MATÍAS DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD SEPTIEMBRE
2013 A MARZO 2014”.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA

PRESENTADO POR:

**Dra. Nury Damaris Sánchez Aguilar.
Dr. Jeovani Salomón Orellana Quijada**

ASESORA:

Licda. Celestina de Masis. MSP

San Salvador, Abril de 2014

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR PERIODO 2011-2015**

**DR. JOSÉ ARNULFO HERRERA
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**LIC. CELESTINA LÓPEZ DE MASIS M.S.P
COORDINADORA MAESTRÍA EN SALUD PUBLICA**

**JURADO CALIFICADOR
LIC. CELESTINA LÓPEZ DE MASIS M.S.P
LIC. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA M.S.P
DRA. ANGELICA CANTARERO M.S.P**

RESUMEN

Título: Factores de riesgo que inciden en la Hipertensión Arterial en los pacientes de 30-60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías departamento de La Libertad septiembre 2013 a marzo 2014.

Propósito: Investigar los principales factores de riesgo que influyen en la Hipertensión Arterial de los pacientes de 30-60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías con el fin de promocionar estilos de vida saludable y evitar la incidencia de la Hipertensión Arterial.

Metodología: Estudio descriptivo, porque no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, cuantitativo, de corte transversal, universo de 225 personas y muestra de 108 pacientes de 30-60 años con diagnóstico de Hipertensión arterial que habitan en Municipio de San Matías.

Resultados: El sexo femenino es más de la mitad de los afectados, procedente del área urbana, estado civil casado, entre 40-50 años, con estudios de educación básica. Otros de los factores de riesgo es el estado nutricional con tendencia al sobrepeso y a la obesidad, tabaquismo, ocupación, estrés, bajo ingreso económico, uso excesivo de sal, dieta alta en carbohidratos y grasas, sedentarismo entre otros.

Conclusiones:

La Hipertensión Arterial está relacionada con factores sociales, económicos, biológicos, familiares y culturales. El aumento de nuevos casos de Hipertensión Arterial incrementa el gasto en el sistema de Salud Pública debido al aumento en la compra de medicamentos antihipertensivos, ingresos hospitalarios, aparición de otras enfermedades asociadas, atenciones médicas e incapacidades entre otros.

Recomendaciones:

Realizar educación para la Salud haciendo énfasis en evitar el consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo, estrés, dieta balanceada, sobrepeso y obesidad y promocionando estilos de vida saludable.

CONTENIDO

CAPITULO	PÁGINA
RESUMEN.....	ii
I. INTRODUCCION.....	01
II. OBJETIVOS.....	03
III. MARCO DE REFERENCIA.....	04
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
V. RESULTADOS.....	26
VI. DISCUSIÓN.....	66
VII. CONCLUSIONES.....	70
VIII. RECOMENDACIONES.....	72
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS.....	78

I INTRODUCCIÓN

La investigación surge de la observación de pacientes por parte de los médicos del establecimiento de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Matías, La Libertad; donde a diario consultan muchos pacientes con niveles de tensión arterial que superan los valores normales. La OMS ha definido la Hipertensión Arterial como aquellas cifras de presión arterial sistólica mayores o iguales a 160 mmHg y/o aquellas cifras de presión arterial diastólica superiores o iguales a 95 mmHg; la normotensión se define por cifras de presión arterial sistólica menores de 140 mmHg y presión arterial diastólica menores de 90 mmHg.

La hipertensión arterial es una patología que según estudios afecta al 20% de la población mundial; cifra que aumenta cada año, lo cual es provocado por los inadecuados hábitos que se posee en la vida diaria.

Se han implicado específicamente a una serie de factores ambientales en el desarrollo de la hipertensión arterial, entre los que se encuentran: el consumo de sal, la obesidad, la ocupación laboral, el consumo de alcohol, el tamaño de la familia, etc. Todos estos factores son importantes en la elevación de la Presión Arterial conforme pasan los años, sobre todo en las sociedades más desarrolladas que son las que más suelen padecer esta enfermedad, sin embargo existen factores de Riesgo como los no modificables como la edad, el sexo y la herencia genética. Diferentes estudios coinciden en que la presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. Por su parte el factor genético juega un rol importante en la predisposición a padecer de Hipertensión Arterial. Se ha demostrado que las personas con familiares de primer orden (padres y hermanos) que sufren de hipertensión, tienen mayor probabilidad a padecer la enfermedad.

Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida.

Mientras que si ambos padres tienen la presión alta existe un 50% de probabilidad.

Existe otro grupo de factores de riesgos conocidos como, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable. Entre los factores de riesgo modificables se encuentran el sobrepeso, el sedentarismo, el consumo de cigarrillos y el alcohol.

Se ha reemplazado la clasificación de hipertensión en leve, moderada y severa por etapas I, II y III, de acuerdo a sus cifras; en el séptimo reporte del Comité Nacional de prevención, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial.

La eficacia de incidir en los factores de riesgo, garantiza el apareamiento más tardío de la enfermedad.

Por lo que en la investigación se plantea analizar ¿cuáles son los factores de riesgo que inciden en la Hipertensión Arterial en los pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías departamento de la Libertad Septiembre 2013 a Marzo 2014

II OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar los factores de riesgo que inciden en la Hipertensión Arterial en los pacientes de 30-60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías departamento de La Libertad septiembre 2013 a marzo 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar cuáles de los factores de riesgo como estado nutricional, etnopracticadas, factores genéticos, sobrepeso, obesidad, género, consumo de sodio son los más frecuentes que inciden en la Hipertensión Arterial.
- Determinar los estilos de vida de los pacientes con Hipertensión arterial de 30-60 años de edad que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Matías.
- Determinar las condiciones de vida de los pacientes con Hipertensión Arterial que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Matías como: educación, empleo, hacinamiento y otros.

III MARCO REFERENCIAL.

Definición de Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es, en la actualidad, la enfermedad crónica más frecuente en los países desarrollados. Por su frecuencia, consecuencias y complejidad, constituye el principal problema clínico del adulto en una sociedad donde la población de edad cada vez más avanzada va aumentando progresivamente. ¹

La Hipertensión Arterial es la elevación sostenida o mantenida de las cifras de presión arterial ya sea la sistólica por encima de 140 milímetros de mercurio (mmHg), la diastólica (la mínima) por encima de 90 mmHg o ambas. Como consecuencia de cambios hemodinámicas, macro y micro vasculares, causados a su vez por difusión del endotelio vascular periférico.

Tabla 1: Clasificación de la presión arterial

Clase	Presión (mmHg)	Sistólica	Presión (mmHg)	Diastólica
Normal	< 120		<80	
Pre hipertenso	120-139		80-90	
Estadio I	140-159		90-99	
Estadio II	>160		>100	

FUENTE: Manual de Washington de terapéutica medica edición

Clasificación de la presión arterial. Sistólica, mmHg. Diastólica, mmHg. Normal <120 y <80; pre Hipertensión 120-139 o 80-90; Hipertensión Arterial en etapa I 140-159 o 90-99; Hipertensión Arterial en etapa 2 160 o 100; Hipertensión sistólica aislada 140 y <90. Con autorización de Chobanian y colaboradores los criterios recomendados para el diagnóstico de hipertensión son: presión promedio con el sujeto despierto 135/85 mmHg y presión con la persona dormitando, 120/75 mmHg. Los niveles mencionados se aproximan a la presión medida en una institución clínica, de 140/90

¹ Gordon H. Williams. Vasculopatía Hipertensiva. En: Harrison. Principios de medicina Interna. Harrison 17 Ed.(Volumen II) Mcgraw-Hill-Interamericana(2009) Pag. 1549-1564

milímetros de mercurio. En promedio, 15 a 20% de individuos con hipertensión en etapa 1 como se define en el cuadro basada en mediciones de la presión en el consultorio, tienen cifras promedio medidas en el entorno ambulatorio <135/85 mmHg. El fenómeno anterior, llamado hipertensión artificial o ficticia también puede acompañarse de un mayor peligro de lesión en un órgano blanco (como hipertrofia de ventrículo izquierdo, aterosclerosis carotídea y morbilidad global de origen cardiovascular), aunque en menor magnitud que en personas con mayores cifras medidas en el consultorio y en el departamento ambulatorio. Los individuos con la forma mencionada de hipertensión (artificial) también están expuestos a un mayor peligro de presentar hipertensión sostenida. Para una persona adulta (de 30 años o más), la hipertensión arterial viene definida por el hallazgo de cifras de presión arterial igual o superiores a 140/90mmHg. ⁽²⁾

Epidemiología de la hipertensión arterial.

Es una enfermedad muy frecuente, se estima que afecta a 50 millones de norteamericanos. Este porcentaje es mayor a medida que aumenta la edad, subiendo progresivamente en los hombres cuando van cumpliendo más años y de forma más brusca en las mujeres, después de la menopausia.

En personas mayores de 65 años. La proporción de hipertensos es superior al 50% en ambos sexos, siendo más frecuente en mujeres.

Diversos factores guardan relación para el apareamiento de la hipertensión arterial: edad, color de piel, sexo, herencia, dieta rica en sodio, factores socioculturales, entre otros. La inadecuada atención médica en su manejo y la falta de los pacientes de cumplir con la terapia prescrita aumenta la incidencia de la enfermedad por lo que se requiere distintas capacitaciones para disminuir la población afectada, cambiando los estilos de vida. Así como la adecuada terapia antihipertensiva previniendo complicaciones en órganos blancos.

La presión arterial tiende a ser mayor en las primeras horas de la mañana, poco después de despertarse el individuo, que en otros momentos del día. El infarto del

² Gordon H. Williams. Vasculopatía Hipertensiva en: Harrison. Principios de Medicina Interna. Harrison. 17 Ed.(Volumen II) McGraw-Hill-Interamericana(2009) Pag. 1549-1564.

miocardio y el accidente vascular cerebral son más frecuentes en las primeras horas de la mañana. Las presiones nocturnas por lo regular son 10 a 20% menores que las medidas durante el día, y una "disminución" atenuada de la presión nocturna se acompaña de un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

La hipertensión esencial tiende a dañar familias y posiblemente sea consecuencia de una interacción entre factores ambientales y genéticos. Su prevalencia es mayor con el envejecimiento, y los sujetos que tienen presiones arteriales relativamente altas en la etapa juvenil están expuestos a un mayor riesgo de que ulteriormente aparezca hipertensión. La hipertensión es una enfermedad asintomática por excelencia, tanto así que se ha llamado "el asesino silencioso", por lo cual se considera uno de los principales factores de riesgos cardiovasculares, junto con la diabetes, el tabaquismo, la elevación del colesterol, abuso de alcohol, obesidad, sedentarismo, etc. Cualquiera de estas situaciones, y más si se asocian varias de ellas, incrementan el riesgo de sufrir daño a órganos blancos (corazón, riñones, cerebro, ojos y arterias) Impacto de la edad sobre la importancia de la Presión Arterial sistólica y diastólica de riesgo de accidente cerebrovascular :

El estudio investiga los cambios relacionados con la edad en la importancia relativa de la presión sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD) como predictores.

Si estas relaciones se ven influidas por otros factores de riesgo cardiovascular.

Usando 34 cohortes con el valor inicial entre 1982 y 1997, 68 551 sujetos de entre 19 y 78 años, sin enfermedad cardiovascular y que no reciben tratamiento antihipertensivo, fueron incluidos.³

Durante una media de 13,2 años de seguimiento, la incidencia de accidente cerebrovascular fue 2,8 % riesgo de accidente cerebrovascular se analizó mediante los cocientes de riesgo por cada 10 mm de incremento Hg/5-mm Hg en la presión arterial sistólica / presión arterial diastólica en regresiones de Cox multivariable ajustados, como presión arterial sistólica y presión arterial diastólica de forma

³ Mónica, Riesgo , Genética , archivo y monografía del proyecto (MORGAM) .Vishram JK, Borglykke A, Andreassen AH , Jeppesen J , H Ibsen , Jørgensen T, Broda G, L Palmieri , Giampaoli, Donfrancesco C, Kee F, Mancia G, Cesana G, K Kuulasmaa , Sans S , Olsen MH; MORGAM Proyecto .Colaboradores.

simultánea. Debido a la no linealidad, se analizó por separado para presión arterial diastólica ≥ 71 mmHg y presión arterial diastólica < 71 mm Hg. Riesgo de ictus se asocia positivamente con la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica ≥ 71 mm Hg (presión arterial sistólica / presión arterial diastólica ≥ 71 mm Hg; hazard ratio : 1.15/1.06 [IC 95 %] : 1.12-1.18/1.03-1.09) y negativamente con la presión arterial diastólica < 71 mm Hg (0,88 [0,79 a 0,98]) . La razón de riesgo de DBP se redujo con la edad (P < 0,001) y no fue influenciado por otros factores de riesgo cardiovascular. Teniendo en cuenta la edad x interacción, la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica ≥ 71 mm Hg se asoció significativamente con el riesgo de accidente cerebrovascular hasta la edad de 62 años, pero en los sujetos mayores de 46 años la superioridad de la presión arterial sistólica para el riesgo de derrame cerebral superior a la de la presión arterial diastólica ≥ 71 mm Hg y se mantuvo significativa hasta la edad de 78 años. Presión arterial diastólica < 71 mm Hg se hizo significativa a la edad de 50 años con una relación inversa con el riesgo de apoplejía. En los europeos, el riesgo de accidente cerebrovascular se debe evaluar mediante la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica hasta la edad de 62 años, con mayor énfasis en la presión arterial sistólica de la edad de 47 años.

El control y tratamiento adecuados de la hipertensión arterial ha demostrado de forma clara la reducción de las complicaciones cardiovasculares.

Es importante detectar desde la primera consulta los factores de riesgo⁴

En el municipio de San Matías, departamento de la libertad muestra que del año 2,009 hasta el mes de agosto de 2,013 se han diagnosticado un total de 225 nuevos casos de Hipertensión arterial en donde se observa una incidencia ascendente entre los habitantes que consultan por primera vez el establecimiento de Salud San Matías para el año 2,009 es de 0.8%, para el año 2,010 fue del 2.1%, el año 2,011 del 2.8%, 2,012 igual similitud que año 2,010 y para 2,013 de enero a agosto 2,013 ya existen un total de 24 nuevos pacientes diagnosticados por primera vez.

⁴Gordon H. Williams. Vasculopatía Hipertensiva en: Harrison. Principios de Medicina Interna. Harrison. 17 Ed.(Volumen II) Mcgraw-Hill-Interamericana(2009) Pag. 1549-1564.

Se observa del año 2,009 a agosto del 2013 que el 80.4% de diagnósticos corresponden al género Femenino. La principal causa de consulta desde año 2009 a 2,013 es la Hipertensión Arterial. En el año 2009 fue la 3er causa de consulta con 231 atenciones de las cuales 22 correspondían al sexo masculino y 209 al sexo femenino. Para el año 2,010 se convirtió en la principal causa de consulta con 407 atenciones anuales de las cuales 22 corresponden al sexo masculino y 209 al sexo femenino. Año 2,011 fue el año con más atenciones brindadas con un total de 539 de las cuales 89 corresponden al sexo masculino y 450 al sexo femenino. Año 2,012 se brindaron un total de 433 atenciones de las cuales 99 fueron dadas al sexo masculino y 334 al sexo femenino. Para el año 2,013 de Enero a Agosto 2,013 se han brindado un total de 283 atenciones las cuales corresponden 36 al sexo masculino y 247 al sexo femenino. Lo que se puede observar es un ascenso en las atenciones del año 2,009 al año 2,011. Las atenciones brindadas en año 2,012 y los 8 meses del año 2013 son aún mayores al compararse con año 2011⁵.

Factores de riesgo en el desarrollo de la Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial constituye en la actualidad la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad, especialmente en los países desarrollados.

Adquiere importancia porque a mayores cifras de presión arterial, mayor morbilidad y mayor mortalidad presentan los individuos afectados. Esto tiene lugar en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

Su importancia epidemiológica se debe a su papel como indicador de un futuro riesgo cardiovascular, ya que la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante de las enfermedades cardiovasculares y cuando se asocia a otros trastornos como la obesidad , el colesterol elevado, el consumo de alcohol , el hábito tabáquico, entre otros, aumenta de forma exponencial la posibilidad de padecer una complicación grave cardíaca, renal, neurológica o de cualquier otro órgano o región del cuerpo humano.

⁵ <http://siis.salud.gob.sv/simmow>. SIMMOW Ministerio de Salud de El Salvador 2,014.

a) Obesidad.

El término obesidad implica un exceso de tejido adiposo, pero es difícil definir el sentido de tal exceso. La obesidad puede considerarse mejor como cualquier grado de exceso de adiposidad que conlleva un peligro para la salud.

El estudio de Framingham demostró que un 20% de exceso de peso sobre el deseable significa un peligro para la salud.

Un aumento de peso del 20% o un índice de masa corporal (IMC) por encima del percentil 85 constituyen un peligro claro para la salud.

La obesidad es el exceso de peso corporal, que se define como un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m².

Las complicaciones incluyen trastornos cardiovasculares (sobre todo en las personas con exceso de grasa abdominal), la diabetes mellitus, algunos tipos de cáncer, colelitiasis, hígado graso, cirrosis, artrosis, trastornos reproductivos en hombres y mujeres, los trastornos psicológicos, y para las personas con un IMC ≥ 35 , la muerte prematura. El diagnóstico se basa en el índice de masa corporal. El tratamiento incluye la modificación de estilo de vida (por ejemplo, en la dieta, la actividad física y el comportamiento) y, para algunos pacientes, los medicamentos o la cirugía bariátrica (para perder peso).

La obesidad aparece como un factor de riesgo independiente para muerte prematura, especialmente cuando se asocia con otros factores como hiperinsulinemia e intolerancia a la glucosa, hiperlipidemia e hipertensión.⁶

b) Sedentarismo.

El riesgo de desarrollar hipertensión aumenta un 20-50% en individuos y es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular. Se considera necesario una actividad que genere un consumo de oxígeno de 40-60% para cada individuo, esto se consigue con una caminata sostenida de 30-45 minutos, por lo menos 3 veces por semana. La actividad física adecuada y supervisión médica pueden inducir un

⁶ Gordon H. Williams. Vasculopatía Hipertensiva en: Harrison. Principios de Medicina Interna. Harrison. 17 Ed.(Volumen II) McGraw-Hill-Interamericana(2009) Pag. 1549-1564.

descenso de 6-7 mmHg en PA tanto sistólica como diastólica. La buena condición física ayuda a prevenir la HTA. Se considera sedentario a quien no realiza una actividad física o ejercicio regular, idealmente aeróbica e isotónica (caminar, nadar o hacer bicicleta) mínimo tres veces por semana de 30 a 45 minutos de duración. Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión.

c) Alcohol

Los individuos que consumen cantidades excesivas de alcohol, tiene cifras más altas de tensión y aumenta el riesgo de accidente cerebro vasculares. Si bien se acepta que cantidades reducidas de alcohol (30 ml. Diarios, equivalentes a 720 ml. de cerveza, 300 ml. De vino o 60 ml. De whisky) no aumentan la PA y parecen disminuir el riesgo cardiovascular, la supresión o disminución de la cantidad baja la tensión en pocos días. El alcohol aumenta la presión arterial aun cuando se ingiere en pequeñas cantidades; en estudios de este problema, la relación entre el alcohol y la presión arterial es independiente de todas las demás variables conocidas. ⁷

El aumento promedio en las personas que consumen más de 3 a 4 vasos diarios de alcohol es de 5 a 6 mmHg en las presiones sistólicas y 2 a 4 mmHg en las diastólicas Como se ha mencionado, la ingesta excesiva de alcohol aumenta la presión arterial, fundamentalmente la presión arterial diastólica, y es un factor que disminuye la eficacia de otras medidas terapéuticas en el paciente hipertenso pudiendo ser el origen de la aparición de hipertensión arterial refractaria.

d) Consumo de Sodio:

La mayor cantidad de sodio que ingerimos, está incluida en los alimentos, que es suficiente para cubrir las necesidades del organismo. El exceso favorece la hipertensión por la cantidad de líquido que ayuda a retener. Según varios estudios epidemiológicos, un consumo de sodio limitado a 75-100 meq (17.1 meqNa = 1 gr c/Na) disminuye la presión arterial por semanas o meses. Se recomienda cocinar con poca (o ninguna) sal, no añadir en la mesa y evitar o restringir los alimentos que

⁷ Gordon H. Williams. Vasculopatía Hipertensiva en: Harrison. Principios de Medicina Interna. Harrison. 17 Ed.(Volumen II) McGraw-Hill-Interamericana(2009) Pag. 1549-1564.

contienen mucha sal (alimentos pre elaborados, embutidos, quesos comunes, crema, leche entera, ahumados).

Para mejorar el sabor de los alimentos se puede utilizar otros condimentos, cocinar a vapor o a la plancha. Las dietas hipo sódicas disminuyen en 2.9 mmHg la presión arterial sistólica y en 1.6 mmHg la diastólica.

La Hipertensión Arterial que depende de cloruro de sodio pudiera ser consecuencia de una menor capacidad de los riñones para excretar sodio, por alguna enfermedad intrínseca o por una mayor producción de hormonas que retienen sodio (mineral corticoides), con lo cual aumenta la resorción de sodio por el túbulo renal. El fenómeno recién mencionado puede intensificarse al aumentar la actividad nerviosa del riñón. En cada una de las situaciones mencionadas se necesita una mayor presión arterial para alcanzar el balance de sodio (es decir, el fenómeno de natriuresis tensional). Por lo contrario, los trastornos natriopénicos (pérdida de sodio) se acompañan de bajos niveles de presión arterial.

En alrededor de 80% de la población de tales pacientes es posible controlar el volumen arterial y la hipertensión por medio de diálisis adecuada; en el otro 20% el mecanismo de la hipertensión depende de una mayor actividad del sistema de renina-angiotensina y posiblemente reaccione al bloqueo farmacológico de renina-angiotensina.

Ingesta excesiva de sodio en la dieta aumenta directamente la presión arterial y dificulta la eficacia de la mayoría de los fármacos antihipertensivos. Efectos de la sal son más acusados en los adultos mayores, y en pacientes con enfermedad renal crónica. ⁸

e) Tabaco.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Por cada cigarrillo que se fume, induce un incremento inmediato de PA y de la frecuencia cardiaca, que dura aproximadamente 15 minutos, aunque no está comprobado que el tabaquismo crónico aumente la PA en forma sostenida. El efecto

⁸ Gordon H. Williams. Vasculopatía Hipertensiva en: Harrison. Principios de Medicina Interna. Harrison. 17 Ed.(Volumen II) McGraw-Hill-Interamericana(2009) Pag. 1549-1564.

nocivo del tabaco es el mismo, cualquiera que sea la forma de uso (cigarrillo, puro). Fumar aumenta el trabajo del corazón, disminuye el flujo sanguíneo, incrementa la presión arterial y el riesgo de cáncer, produciendo daños progresivos e irreversibles en el corazón y los pulmones. Un fumador tiene 3 veces más riesgo de sufrir infarto que un no fumador, y si hay más factores de riesgo presentes la probabilidad puede incrementarse 8 veces más

En abandono del tabaco es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades tanto cardiovasculares como no cardiovasculares en los pacientes hipertensos

f) Ingesta de cafeína.

La cafeína produce un aumento ligero y de corta duración de PA, pero varios estudios epidemiológicos no han mostrado que el consumo habitual de cafeína o descafeinados influyen en la PA.

g) Genética:

Se ha demostrado que las personas con familiares de primer orden (padres y hermanos) que sufren de hipertensión, tienen mayor probabilidad a padecer la enfermedad. Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe

Aproximadamente 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. Mientras que si tanto la madre como el padre tienen la presión alta pudiera presentar hipertensión en un 50%.

Se han comunicado actualmente defectos mono génicos, por ejemplo los genes del angiotensinogeno y de adducina alfa una de cuyas consecuencias es una presión arterial alta.⁹

h) Estrés

Evitar lo posible las situaciones de estrés ya que pueden producir subidas de tensión potencialmente peligrosas.

Se ha relacionado a una serie de factores ambientales con el desarrollo de la hipertensión entre ellos se encuentra la profesión, el tamaño de la familia y el hacinamiento

⁹ Harrison principios de medicina interna tomo 1 pág. 1661. 15ª edición

Existe otro grupo de factores de riesgos conocidos como, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad.

Entre los factores de riesgo modificables asociados a niveles de presión arterial no controladas se encuentran el sobrepeso, el sedentarismo, el consumo de cigarrillos y el alcohol.¹⁰

J) Causas relacionadas con las drogas:

Varios tipos de medicamentos pueden aumentar directamente la presión arterial o interferir con el efecto de la sangre para bajar la presión de los tratamientos antihipertensivos.

Estos incluyen agentes no esteroides anti- inflamatorios, simpaticomiméticos (descongestionantes, pastillas de dieta, cocaína), estimulantes (metilfenidato, dexmetilfenidato, dextroanfetamina, la anfetamina, la metanfetamina, modafinil), el alcohol, los anticonceptivos, estrógenos, ciclosporina, eritropoyetina, corticosteroides.

K) Edad:

La presión arterial tiende a aumentar con la edad. Personas de más de 45 años tienen más riesgo de tener presión arterial alta. Más de la mitad de los adultos mayores de 60 años tienen presión arterial alta. Adultos es 30 años es menos común aunque se observa un aumento del número de casos cada vez más común.

La hipertensión sistólica aislada es la forma más frecuente de presión arterial alta en los adultos de edad avanzada. Se presenta cuando solamente el número de la presión arterial sistólica (el número de arriba) es alto. Aproximadamente 2 de cada 3 personas de más de 60 años con presión arterial alta tienen esta forma de la enfermedad.

Etiología

La Hipertensión Arterial puede ser: primaria (85 a 95 % de los casos) o secundaria.

¹⁰ Harrison principios de medicina interna tomo 1 pág. 1661. 15ª edición

La Hipertensión Arterial primaria: Hemodinámica y componentes fisiológicos (volumen de plasma, la actividad del sistema renina -angiotensina) varían, lo que indica que la hipertensión primaria es poco probable que tenga una única causa. Incluso si un factor es inicialmente responsable, múltiples factores están probablemente involucrados en el mantenimiento de Presión Arterial elevada (la teoría del mosaico).

En las arteriolas aferentes sistémicas, mal funcionamiento de las bombas de iones en las membranas de sarcolema de las células del músculo liso puede dar lugar a aumento crónico de tono vascular. La herencia es un factor de predisposición, pero el mecanismo exacto no está claro. Los factores ambientales (por ejemplo, la dieta de sodio, la obesidad, el estrés) parecen afectar sólo a las personas genéticamente susceptibles a edades más jóvenes, sin embargo, en los pacientes > 65, es más probable que la hipertensión precipitado alta ingesta de sodio.

La Hipertensión Arterial secundaria: Las causas incluyen aldosteronismo primario, enfermedad del parénquima renal (por ejemplo, la glomerulonefritis crónica o pielonefritis, enfermedad renal poliquística, trastornos del tejido conectivo, uropatía obstructiva), enfermedad vascular renal (ver Hipertensión: La hipertensión reno vascular), feocromocitoma, síndrome de Cushing, la hiperplasia suprarrenal congénita, hipertiroidismo, mixedema, y la coartación de la aorta. Consumo excesivo de alcohol y el uso excesivo de anticonceptivos orales son causas comunes de la hipertensión hipertensión, simpaticomiméticos, analgésicos no esteroideos (AINES), cocaína, o regaliz comúnmente contribuye al empeoramiento del control de la presión arterial.¹¹

Fisiopatología.

La hipertensión es desencadenada por un incremento súbito de las resistencias vasculares sistémicas, mediado por sustancias con acción vasoconstrictora.

La elevación súbita de la presión arterial. El daño vascular produce depósito de plaquetas y fibrina, el cual ocasiona pérdida de la función de autorregulación del vaso

11

[http://www.merckmanuals.com/professional/cardiovascular_disorders/hypertension/overview_of_hypertension.html?qt=inactivity and development of arterial hypertension.](http://www.merckmanuals.com/professional/cardiovascular_disorders/hypertension/overview_of_hypertension.html?qt=inactivity+and+development+of+arterial+hypertension)

sanguíneo, lo que acentúa la isquemia y ocasiona mayor liberación de vasoconstrictores perpetuando un mecanismo de circuito vicioso¹². **Complicaciones:**

Las complicaciones de la obesidad incluyen los siguientes:

- El síndrome metabólico
- Diabetes mellitus.
- trastornos cardiovasculares
- Trastornos del hígado (esteatohepatitis no alcohólica , hígado graso y cirrosis)
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Reflujo gastroesofágico
- La apnea obstructiva del sueño
- Trastornos del sistema reproductivo , incluyendo la infertilidad
- Osteoartritis.
- Los problemas sociales y psicológicos
- Resistencia a la insulina.
- Estas complicaciones son más probables en pacientes con grasa que se concentran abdominal, un alto nivel de triglicéridos en suero, una historia familiar de diabetes mellitus tipo 2 o la enfermedad cardiovascular prematura, o una combinación de estos factores de riesgo¹³.

Factores que modifican la evolución de la hipertensión arterial

La edad, la raza, el sexo, el tabaco el consumo de alcohol el colesterol sérico, la intolerancia a la glucosa y el peso corporal pueden alterar el pronóstico de esta enfermedad.

¹² Harrison principios de Medicina Interna tomo 1 pág. 1661. 15ª edición.

¹³

http://www.merckmanuals.com/professional/nutritional_disorders/obesity_and_the_metabolic_syndrome/obesity.html?qt=obesity&in_developing_hypertension.

Cuanto más joven es el paciente cuando se detecta la hipertensión mayor es la reducción de su esperanza de vida si la hipertensión no se trata.

Considerando todas edades tanto en poblaciones blancas como no blancas, las mujeres hipertensas tienen mejor pronóstico que los varones hasta los 65 años de edad y la prevalencia de hipertensión en las mujeres pre menopáusicas es considerablemente mejor que en los varones de la misma edad.

Diagnóstico.

Debe abordar tres objetivos: La confirmación diagnóstica propiamente dicha, la exclusión de una causa conocida de Hipertensión Arterial (diagnostico etiológico) y la estratificación del riesgo individual.

El diagnóstico de la hipertensión, para determinar si una persona es hipertensa no basta con una o dos medidas al azar, es preciso confirmar la elevación en varias ocasiones, ya que la presión arterial es muy variable, para establecer un diagnostico se precisan una serie de condiciones que exponemos a continuación

Estudio inicial del paciente hipertenso.

Historia clínica completa:

Antecedentes familiares, antecedentes personales, estilo de vida, posible consumo de alimentos (regaliz, alcohol, exceso de sal), drogas (cocaína) y medicamentos que pueden subir la tensión (antiinflamatorios, descongestivos nasales, anticonceptivos, hormonas tiroideas, corticosteroides, algunos antidepresivos, etc.).

Diagnóstico Clínico:

Más de un 90% de las Hipertensión arterial son esenciales. Pero hay que excluir de forma sistemática la posibilidad de Hipertensión Arterial secundaria, atribuible a una causa conocida, en muchas ocasiones corregible ¹⁴

En dos consultas sucesivas separadas entre sí por 1 ó 2 semanas: se diagnostica Hipertensión Arterial si las cifras se mantienen por encima de 139 y/o 89 mmHg.

La Hipertensión Arterial aislada en consulta también llamada Hipertensión Arterial de bata blanca es dada por el efecto de incremento de la presión arterial que sufren

¹⁴ Gordon H. Willians. Vasculopatía Hipertensiva. En: HARRISON. Principios de Medicina Interna. Harrison. 17 Ed (Volumen II) McGraw-Hill-Interamerica (2009) pag 1549-1564).

algunas personas en la consulta médica o de enfermería, y que tienen una tensión inferior a 135/85 fuera de la consulta.

Están en una situación que podemos considerar intermedia y requieren observación especial, controles más frecuentes que los normotensos y estudios especiales.

Permite confirmar el diagnóstico de Hipertensión Arterial de bata blanca, un mejor seguimiento de la Hipertensión Arterial, valorar la respuesta a los medicamentos, identificar situaciones de hipotensión (tensión o presión baja) cuando existen síntomas sospechosos.

Se considera Hipertensión Arterial cuando se obtienen cifras iguales o superiores a 135/85 mmHg.

Exámenes complementarios:

Análisis de sangre y orina, y electrocardiograma. Radiografías, ecografías y otras Exploraciones podrán hacerse en función del grado de Hipertensión Arterial, enfermedades asociadas y otros factores de riesgo.

Tratamiento de la Hipertensión Arterial:

El tratamiento de la Hipertensión tiene como objetivo mantener las cifras por debajo de 140/90, o incluso menos en determinadas situaciones (por debajo de 130/80 si coexiste diabetes o enfermedad cardiovascular y por debajo de 125/75 en pacientes con insuficiencia renal). Se ha demostrado que se reducen enormemente las complicaciones de la Hipertensión Arterial, disminuye la mortalidad y mejora la calidad de vida.¹⁵

Las primeras medidas que deben tomar todos los hipertensos son las llamadas higiénico-dietéticas y adecuación del estilo de vida. En algunos casos será suficiente para controlar la presión arterial; en otros será necesario añadir medicamentos (uno o varios).

Uno o varios medicamentos para controlar adecuadamente su tensión y conseguir los objetivos citados más arriba. Existen varios grupos farmacológicos, con multitud de sustancias y marcas en cada uno de ellos, y estarán indicados unos u otros según las circunstancias que acompañen a cada paciente hipertenso. La decisión la debe

¹⁵ Harrison principios de medicina interna tomo 1 pág. 1661. 15ª edición

tomar su médico considerando en primer lugar la indicación concreta de cada medicamento, su eficacia, la seguridad y ausencia de efectos adversos, comodidad en la tomas y el coste. Es muy importante el cumplimiento terapéutico correcto siguiendo las instrucciones del médico o enfermera, ya que la Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica y debe controlarse siempre. Cualquier efecto extraño atribuible a la medicación debe consultarse siempre para tomar las medidas oportunas.

Farmacoterapia de la Hipertensión Arterial

En la actualidad existen siete clases de fármacos: diuréticos inhibidores de, antagonistas de los receptores de angiotensina, antagonista de los canales de calcio, antiadrenérgicos, vasodilatadores y antagonista de los receptores de mineralocorticoides. Con el fin de utilizar con prudencia los antihipertensivos es necesario conocer los sitios y mecanismos de acción, para que la presión arterial regrese a los niveles normales con mínimos efectos colaterales y tenga mayor eficacia, inocuidad efectos sobre la calidad de vida, cumplimiento terapéutico, facilidad de administración y coste.

Pasos a tener en cuenta en el manejo de la Hipertensión Arterial ¹⁶

1. Comenzar con un medicamento que también pueda servir para corregir y que no perjudique algún trastorno
2. Comenzar con un fármaco que el paciente tolere mejor; su observancia a largo plazo depende de la tolerancia y eficacia del primer fármaco utilizado.
3. En pacientes con riesgo reducido o moderado, comenzar con una dosis baja y, si no corrige la presión arterial, aumentar poco a poco.
4. Añadir un medicamento de otra clase cuando la presión arterial no se corrige con una dosis moderada del primer fármaco.
5. Utilizar un diurético cuando se administran dos fármacos, en casi todos los casos.

¹⁶Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mcphee; Maxine A. Papadakis. Diagnostico clinic y tratamiento, 39a Edicion . Mexico, Df, Manual modern 2004; Página 399.

6. Utilizar tiazidas a dosis reducidas, esto es, 25mg, o menos, diarios hidroclorotiazida o su equivalente, a menos que exista alguna razón poderosa.
7. En pacientes con riesgo moderado o elevado, considerar la posibilidad de administrar un tratamiento combinado en dosis reducidas como tratamiento inicial:
 - a. Un diurético con betabloqueador, o antagonista de la angiotensina II;
 - b. Un bloqueador de los canales de calcio con un inhibidor de la ACE o un betabloqueador.

Una causa común de hipertensión resistente es la falta de control de volumen extracelular debido a la terapia diurética inadecuada. Se deben utilizar dosis completa de un diurético adecuado para el nivel de la función renal. En los pacientes con enfermedad renal crónica que tienen una tasa de filtración glomerular estimada de menos de 30 ml / minuto, diuréticos de asa pueden ser necesarios para el control de volumen efectivo. La furosemida es de acción corta y se debe dar dos veces al día. Torsemida es un diurético de asa de acción más prolongada que puede ser usado una vez al día. El régimen de medicamentos debe incluir también cerca de dosis máximas de dos de las siguientes clases adicionales de las drogas:

Inhibidor de la ECA, bloqueantes de los canales de calcio, bloqueador del receptor B-adrenérgico.¹⁷

Seguimiento:

Los controles periódicos de tensión no tienen una regla fija. Al principio, y más si hay cambios de tratamiento, serán más frecuentes (cada 15 ó 30 días) y después, cuando está la PA bien controlada, cada 3 ó 4 meses.

Cada vez es más recomendable en la mayoría de los casos, que los pacientes tengan su propio aparato de tensión para hacerse determinaciones en casa, complementarias a las que se hacen en las consultas del Centro de Salud.

Las visitas en consulta de enfermería, en pacientes con hipertensión controlada y sin otras complicaciones, se harán cada 3 ó 4 meses para seguir el cumplimiento dietético y terapéutico, posibles efectos de los medicamentos y evaluación general del estado de salud.

¹⁷ Harrison principios de medicina interna tomo 1 pág. 1661. 15ª edición

Una vez que la presión arterial está en control y estable, el paciente debe ser visto como mínimo una vez al año por el clínico para evaluar la adherencia del paciente, la satisfacción del paciente, Comorbilidades en los pacientes, tales como la insuficiencia cardíaca, enfermedades asociadas como la diabetes, y la necesidad de pruebas de laboratorio.

Medicamentos de venta libre:

Los medicamentos de venta libre y suplementos pueden causar aumento de la presión arterial. El uso de pastillas de cafeína , los analgésicos no esteroideos (AINE) ,medicamentos para los resfriados (como pseudoefedrina, fenilefrina , y los suplementos a base de hierbas , tales como la naranja amarga , la efedra [ma - nuang] , ginseng , guaraná , el regaliz y la hierba de San Juan deben ser evaluados en pacientes con hipertensión. ¹⁸

Modificaciones de estilo de vida deben ser revisados, volvieron a insistir, y documentados anualmente. Los pacientes deben controlar la presión arterial con mayor frecuencia por la vigilancia de la casa o por otros profesionales de la salud.Cuidado continuo puede ser facilitado por los médicos o profesionales especialmente entrenados aliadas de salud que proporcionan educación, refuerzo, y el establecimiento de metas de corto a largo plazo realista y el ajuste de los medicamentos de acuerdo con la situación clínica individual. Las estrategias de intervención que promuevan la participación del paciente en la toma de decisiones pueden mejorar la adherencia a largo plazo de la terapia y por lo tanto mejorar el control de la presión arterial. Además, una relación tan constante podría identificar mejor a los pacientes que son candidatos adecuados para la reducción o la supresión de la terapia con medicamentos antihipertensivos después de un intervalo prolongado de un excelente control de la presión arterial [Revisión Sistemática].¹⁹

En las visitas de seguimiento, la historia y el examen físico deben ser dirigidas a orientar daño orgánico (examen cardiaco, el cuello / bruits renal, examen de pulmón,

¹⁸ Harrison principios de medicina interna tomo 1 pág. 1661. 15ª edición

¹⁹ Harrison principios de medicina interna tomo 1 pág. 1661. 15ª edición

el pecho y dificultad para respirar), las pruebas de laboratorio relacionadas con la seguridad y la evaluación del riesgo cardiovascular global medicamento.

En San Matías durante la administración del doctor Rafael Zaldivar, y por Decreto Legislativo del 17 de febrero de 1877, se erigió el pueblo con el nombre de San Matías, anteriormente se le conoció con el nombre de Cantón el “Valle de Sapullo”, que según la lengua Nahuatl significa “Corazón de Zapote” y se le dio por jurisdicción el área de este y la de los caseríos La Puebla y Masajapa, segregados todos de la Villa de Opico.

Durante la administración del Doctor Pío Romero Bosque y por Decreto Legislativo de 18 de mayo de 1928, se confirió el título de villa al pueblo de San Matías, por el notable incremento de su población.

Que fungió luego como Presidente de la República de 1932 a 1944 por lo que se erigió un busto en su honor, en el parque de la zona urbana de San Matías. Desde San Salvador la carretera que conduce a San Matías es la panamericana y al llegar a la altura de los desvíos a Santa Ana, San Juan Opico y Quezaltepeque.

Se accesa por dos vías: Quezaltepeque y San Juan Opico, siendo la más corta por esta última a 18 Km. Cuentan con un servicio de buses que cubren el recorrido de Opico –San Matías, bastante deficiente. En el área urbana el 52.3% de las viviendas es de adobe, un 44.3% es de ladrillo, 2.3% es de bahareque y 1.1 % es de otros materiales (lámina, plásticos, madera, entre otros.). En el área rural el 60.5% es de adobe, 22. 2% es de ladrillo, 16.2% de bahareque y 1.1% es de otros materiales. La actividad económica primaria se basa principalmente en la agricultura los cultivos principales son maíz, caña de azúcar, frijol, maicillo, papayas, ajonjolí, jocotes. Otro porcentaje de la población se dedica a la crianza de ganado vacuno, porcino, caballar, mulas, así como de aves de corral.

Cada año en el municipio de San Matías se ha observado cómo ha aumentado gradualmente los casos de Hipertensión Arterial como se detalla por año a continuación: En el año 2009 la Incidencia de Hipertensión Arterial fue 12 casos diagnosticados.

IV DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio: El estudio realizado es de tipo descriptivo, porque no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados y cuantitativo porque hacemos comparación de diferentes variables, de corte transversal que permitió conocer los factores de riesgo que inciden en la hipertensión arterial en los pacientes de 30 - 60 años que asisten a las UCSF del municipio de San Matías departamento de la libertad septiembre 2013 a marzo 2014.

2. Área de estudio: Municipio de San Matías, Departamento de La Libertad.

3. Universo: 225 pacientes de 30 a 60 años de edad diagnosticados con Hipertensión Arterial que asistieron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del municipio de San Matías, departamento de La Libertad.

4. Muestra: n: NZ2 pq

$$D2 (N-1) + Z2 pq$$

$$n : \frac{(225) (1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.03)^2 (225) + (1.96)^2 (0.05) (0.95)}$$

$$n : \frac{(225) (3.84) (0.05) (0.95)}{(0.0009) (224) + (3.84) (0.05) (0.95)}$$

$$n : \frac{(225) (3.84) (0.05) (0.95)}{(0.0009) (224) + (3.84) (0.05) (0.95)}$$

$$n : \frac{(225) (3.84) (0.05) (0.95)}{(0.0009) (224) + (3.84) (0.05) (0.95)}$$

$$n : \frac{(225) (3.84) (0.05) (0.95)}{(0.0009) (224) + (3.84) (0.05) (0.95)}$$

$$0.2376 + 0.1842$$

$$n : 108$$

Los 108 pacientes de la muestra fueron seleccionados al azar, se identificaron los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y en edades entre 30-60 años, a través de los registros diarios de consulta

5. Técnicas:

La investigación se hizo a través de la entrevista semi-estructurada, que es una técnica de obtención de información con la que se determinó cual es la Información relevante obtenida, mediante la aplicación de un cuestionario en forma oral y directa, se planteó como una serie de preguntas pre establecidas con un orden fijado y

respuestas limitadas para su elaboración se partió del esquema conceptual del investigador sobre el problema estudiado.

Entrevista semi-estructurada:

Se hicieron diferente tipo de preguntas abiertas y cerradas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permitió entrelazar temas que requirieron de una gran atención por parte del investigador para poder encausar los temas.

Se busca por medio de esta técnica investigativa estar actualizando en el tema que se explora a través de la revisión de expedientes clínicos de pacientes que consultan por hipertensión arterial.

La revisión documental: que es una técnica de revisión y de registro de documentos que fundamenta el propósito de la investigación.

6. Instrumentos: La guía de revisión documental, y guía de entrevista que permitió obtener la información precisa que se desea investigar.

OPERATIVIZACION DE VARIABLES EN INDICADORES

Objetivo	Variable	Definición Operacional	OPERACIONALIZACION de variables en indicadores
Identificar cuáles son los factores de riesgo más frecuentes que inciden en la Hipertensión Arterial.	Factores de riesgo que inciden en la hipertensión arterial en los pacientes de 30 - 60 años.	Factor de Riesgo: Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consumo de sodio. ➤ Estrés. ➤ Consumo de tabaco. ➤ Obesidad. ➤ Herencia. ➤ Nivel de escolaridad. ➤ Alcohol ➤ Estilos de vida ➤ Uso de Medicamentos.
Identificar en que grupos de edades se presenta con mayor frecuencia la Hipertensión Arterial.	Grupos de edades en que se presenta con mayor frecuencia la Hipertensión Arterial.	Edad: Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo a un periodo determinado de tiempo y brinda la posibilidad de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edades de 30-40 años. ➤ Edades de 40-50 años. ➤ Edades de 50-60 años. ➤ Consumo de alimentos
Determinar en qué género es más frecuente la hipertensión arterial, y la relación con los estilos de vida.	Género en el que es más frecuente la hipertensión arterial, y la relación con los estilos de vida.	Género: El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hombre, mujer ➤ Alimentación. ➤ Sedentarismo. ➤ Ocupación. ➤ Estado civil ➤ Área geográfica. ➤ Ejercicio Anaeróbico.

7. Procedimiento:

Lo que se realizó fue escoger registros diarios de consulta de donde se identificaron aquellos pacientes que consultaron en fechas anteriores por Hipertensión Arterial se extrajeron los números de expedientes clínicos, nombre, edad, sexo, dirección y fecha de próximo control con el fin de poder pasar la guía de entrevista en Unidad Comunitaria de salud Familiar de San Matías o realizar visita domiciliar.

8. Recolección de la información: se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Matías en aquellos pacientes que acudieron a consultar y en los que perdieron su control de Presión Arterial se realizó visitas domiciliarias los días Sábado y Domingo a los pacientes que presenten la enfermedad y que se encuentren entre las edades de 30 a 60 años.

9. Resultados: Los resultados de la investigación se representaron por objetivos específicos y mediante gráficos de barras porque son de más sencilla comprensión, para el lector.

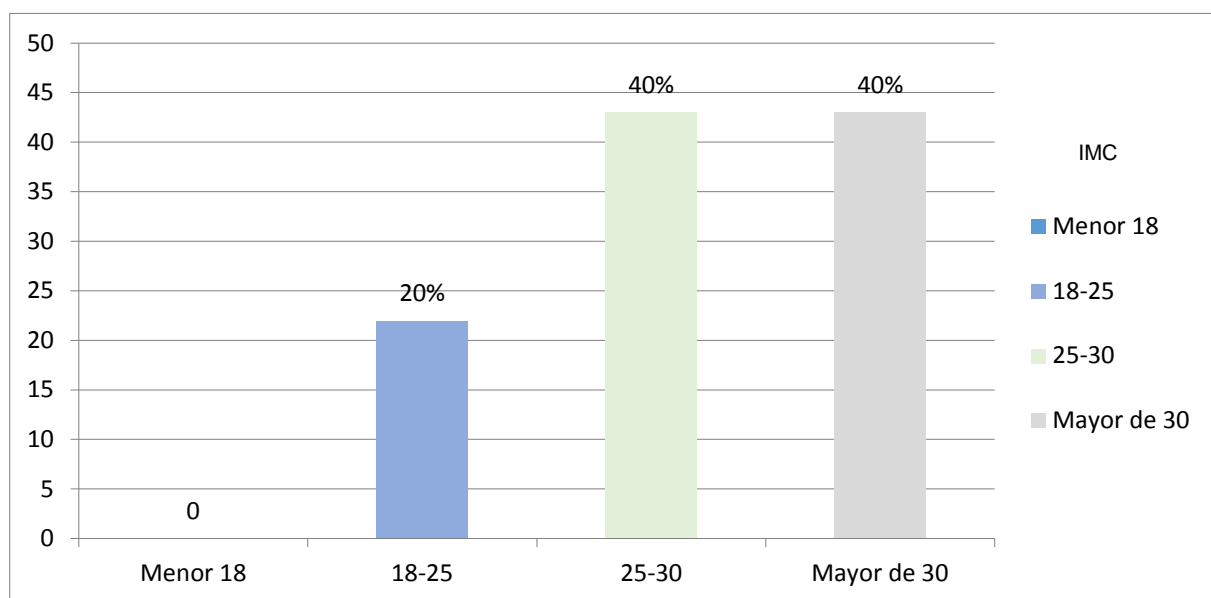
10. discusión: Se realizó tomando como referencia la fundamentación teoría y los hallazgos encontrados analizando si las variables e indicadores respondieron a los objetivos del estudio.

11. Informe final: Recoge todos los resultados finales de la investigación, los cuales fueron sistematizados para una mejor comprensión de la investigación. Se hará posteriormente la socialización con los participantes en el estudio como también con el personal de salud.

V PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

I. FACTORES DE RIESGO

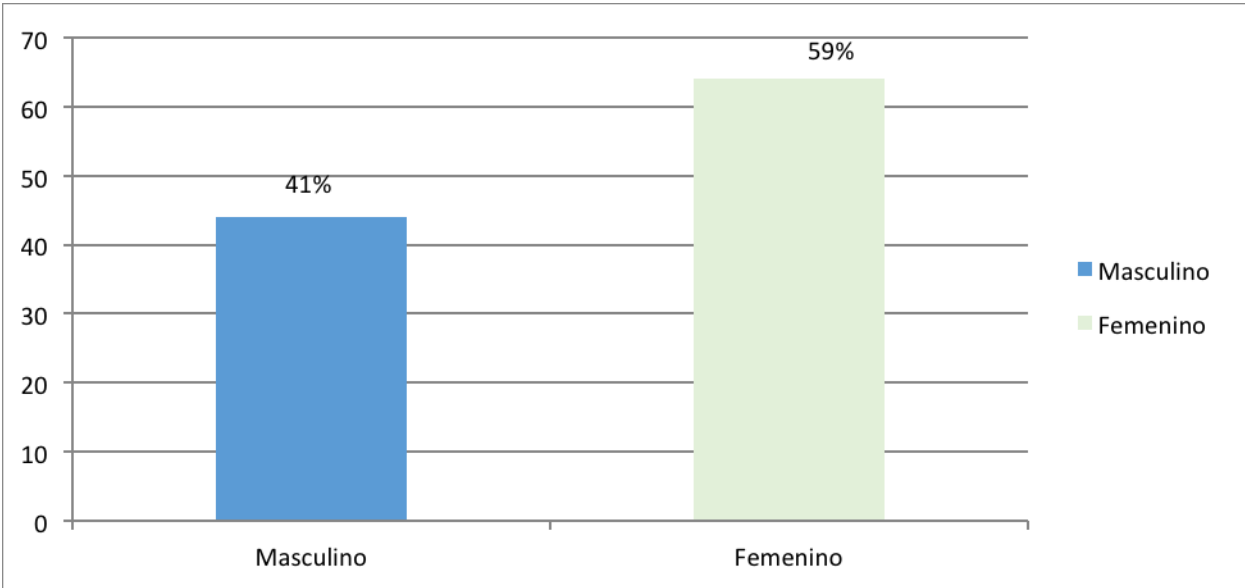
GRAFICO I. Distribución según índice de masa corporal de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

La mayoría de pacientes hipertensos que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Matías presentan sobre peso y obesidad al hacer la suma de porcentaje de índice de masa corporal, equivale al 80% de las personas. Solo el 20% de los entrevistados presentaron un peso ideal según el cálculo del Índice de Masa Corporal.

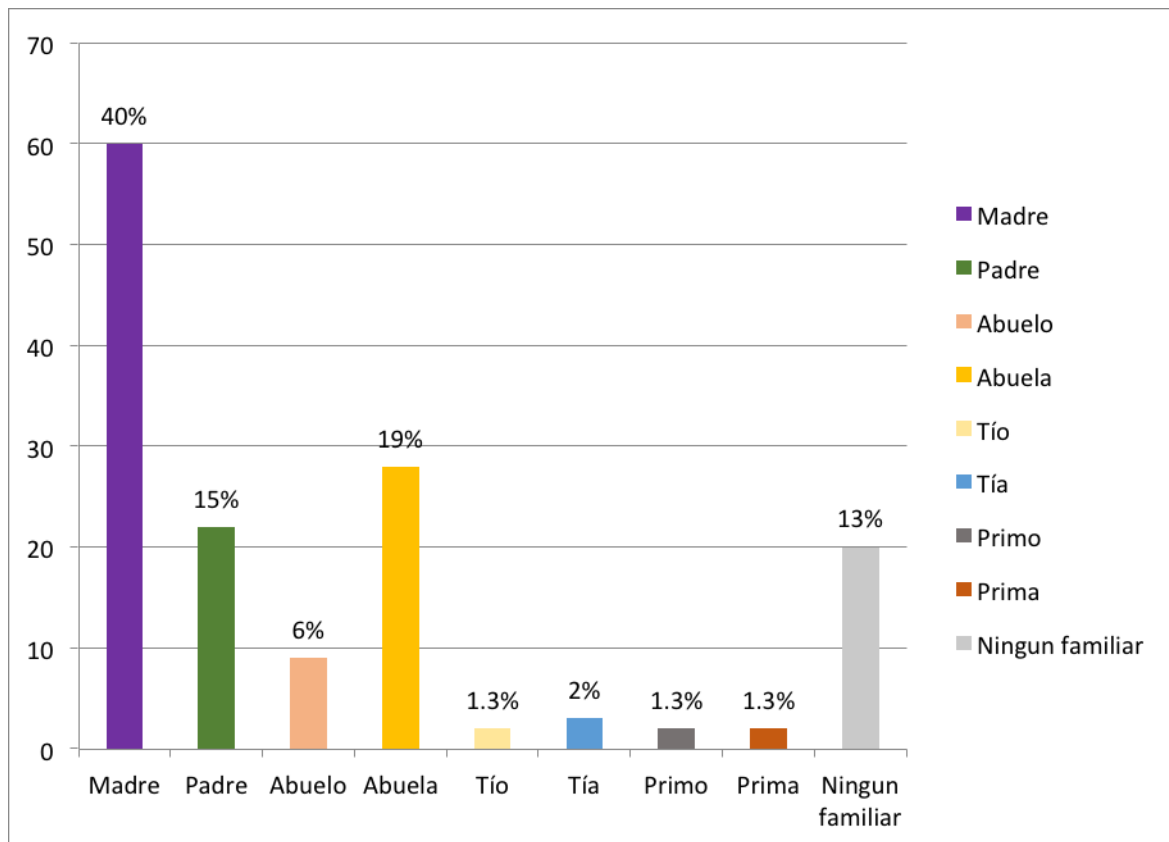
GRAFICO II. Distribución según sexo de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

De una muestra de 108 personas, participaron en el estudio un total de 64 pacientes del género femenino que equivale al 59% de los pacientes que consultaron y del sexo masculino fueron 44 equivalente al 41%. Correspondiendo el mayor porcentaje de pacientes al sexo femenino. Quienes consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Matías. La Libertad en periodo de Septiembre 2013 – Marzo 2014.

GRAFICO III. Distribución según familiares de primera línea con diagnóstico de Hipertensión arterial de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.

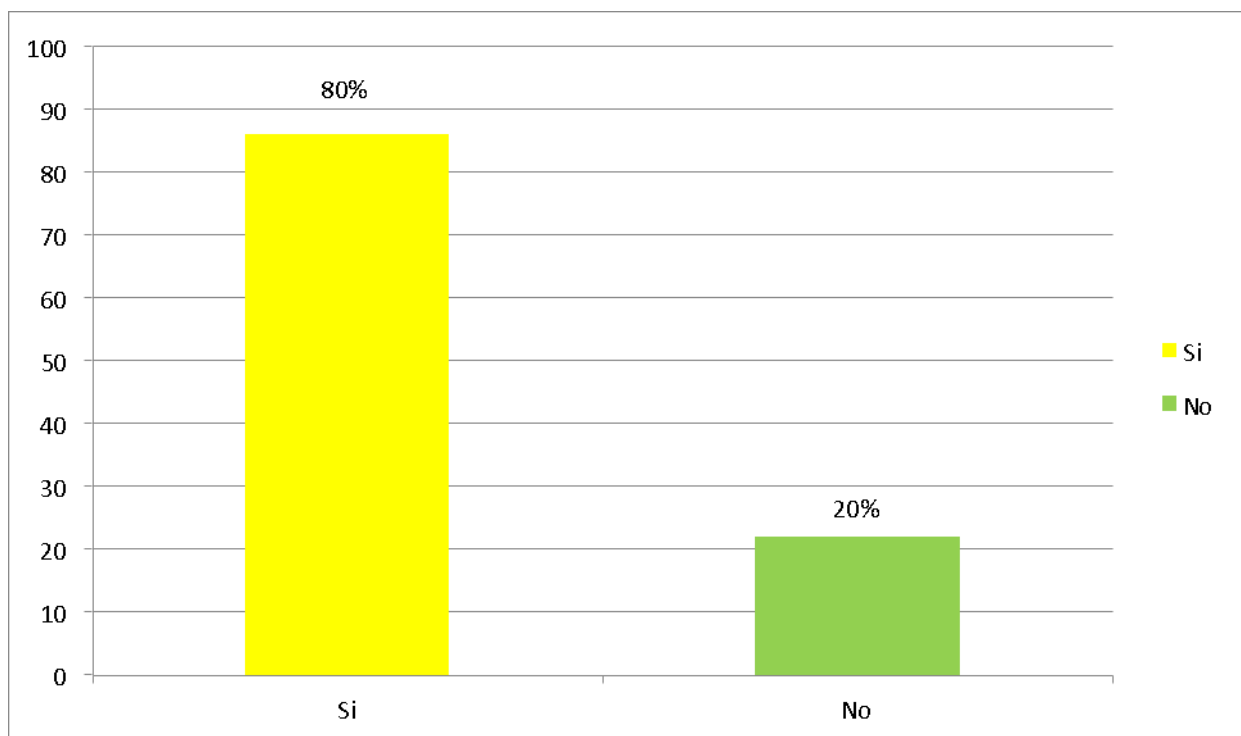


Fue

nte: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 87% la mayoría de pacientes presentan familiares de primera línea con antecedentes de hipertensión arterial el 40% Madre, un 19% abuela, 15% padre, sin embargo el 13% no tienen familiar con diagnóstico de hipertensión, un 6% abuelo, 2% tía y 1.3% Tío, Primo, prima respectivamente.

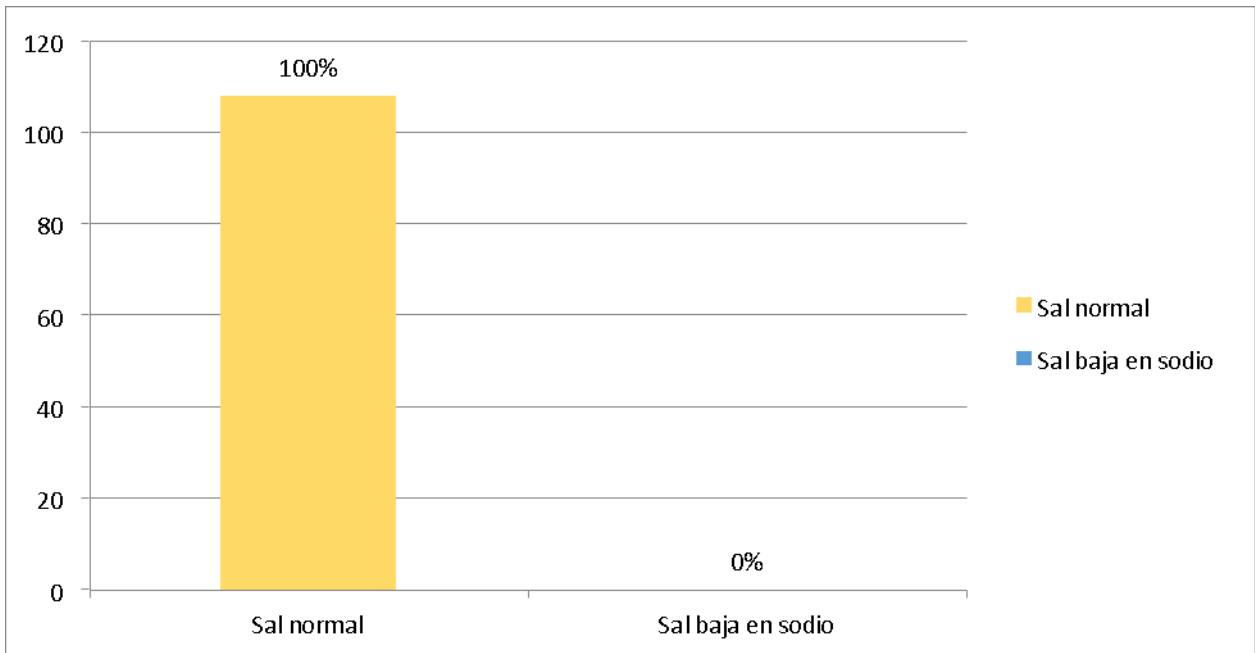
GRAFICO IV. Distribución según consumo de sal extra con alimentos de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El consumo de sal extra sobre los alimentos ya servidos es del 80% en la población estudiada con diagnóstico de hipertensión arterial. Notablemente mayor que los que no lo le agregan sal a la comida servida. Solo el 20% no tiene esta costumbre.

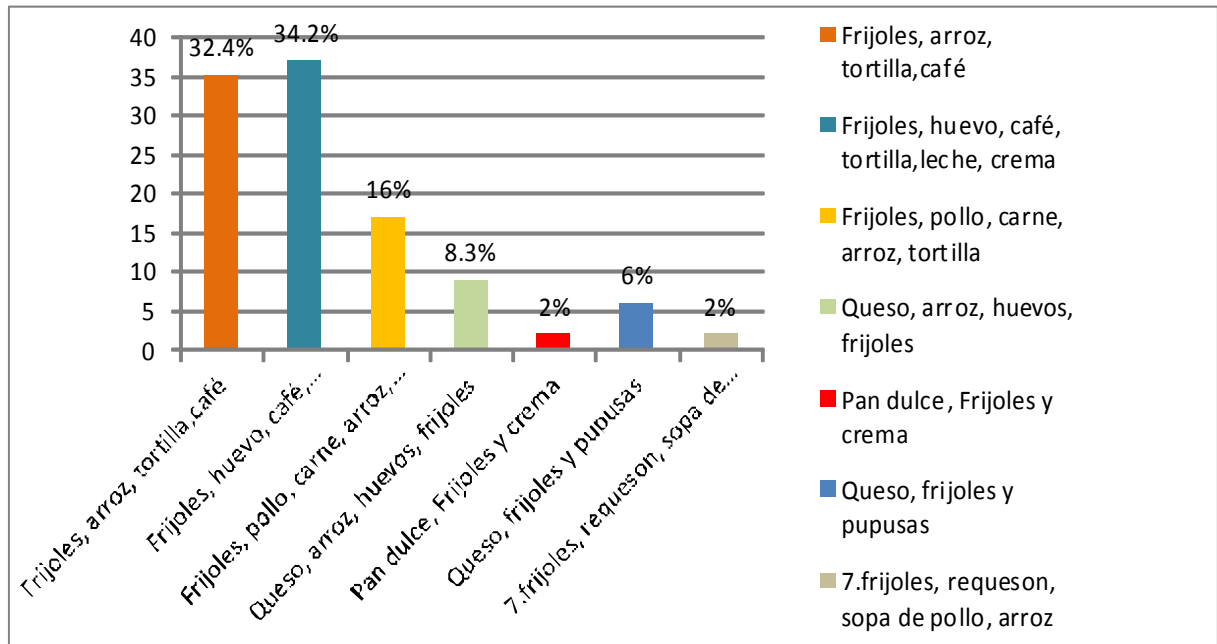
GRAFICO V. Distribución según tipo de sal de consumo en pacientes de 30-60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 100% de la población entrevistada utiliza sal normal y el 0% no utiliza sal baja en sodio. En general toda la población utiliza sal normal de mesa, probablemente se deba al desconocimiento de la existencia de otra opción de sal baja en sodio y a bajos ingresos económicos que les dificulta adquirir la sal baja en sodio ya que el precio es mucho mayor (33 veces).

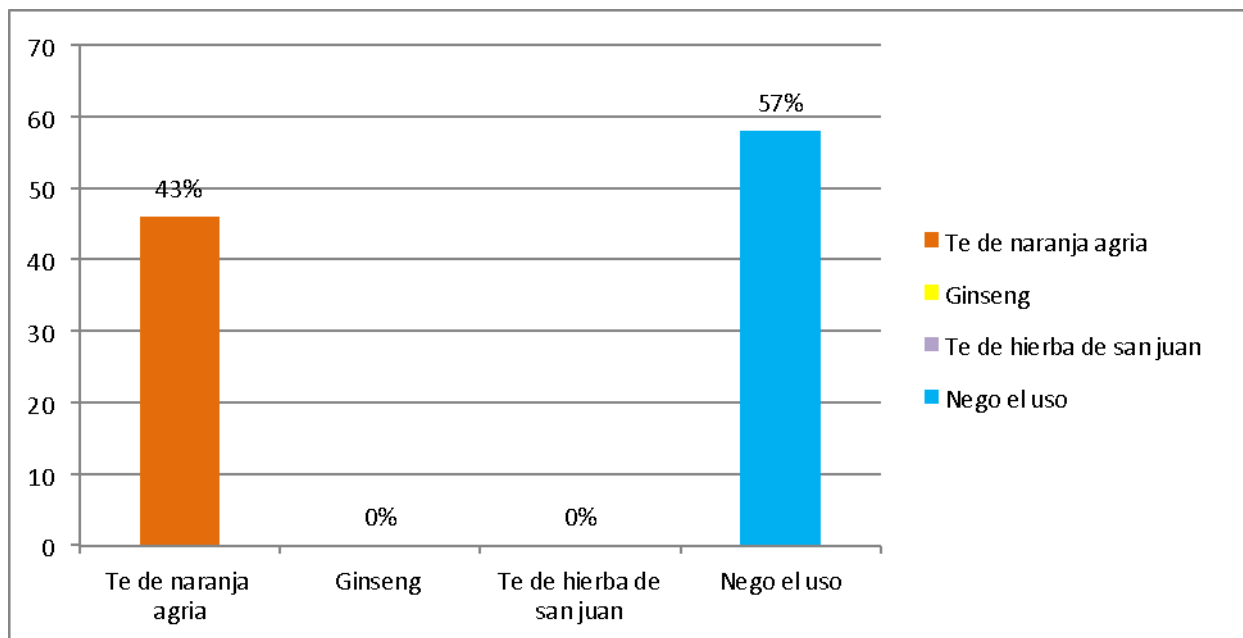
GRAFICO VI. Distribución según tipo de alimentación de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Los alimentos más consumidos por los pacientes entrevistados predominó ingesta de carbohidratos y lípidos en un 77%. Y bajo en proteínas sólo el 23%. El 34.2% respondió consumir frijoles, huevo, café, tortilla, leche y crema, El 32.4% frijoles, arroz, tortilla y café, 16% frijoles, pollo, carne, arroz y tortilla, 8.3% queso, arroz, huevos y frijoles, 6% queso, frijoles y pupusas, y el 2% pan dulce, frijoles y crema. El 100% afirmó consumir frijoles.

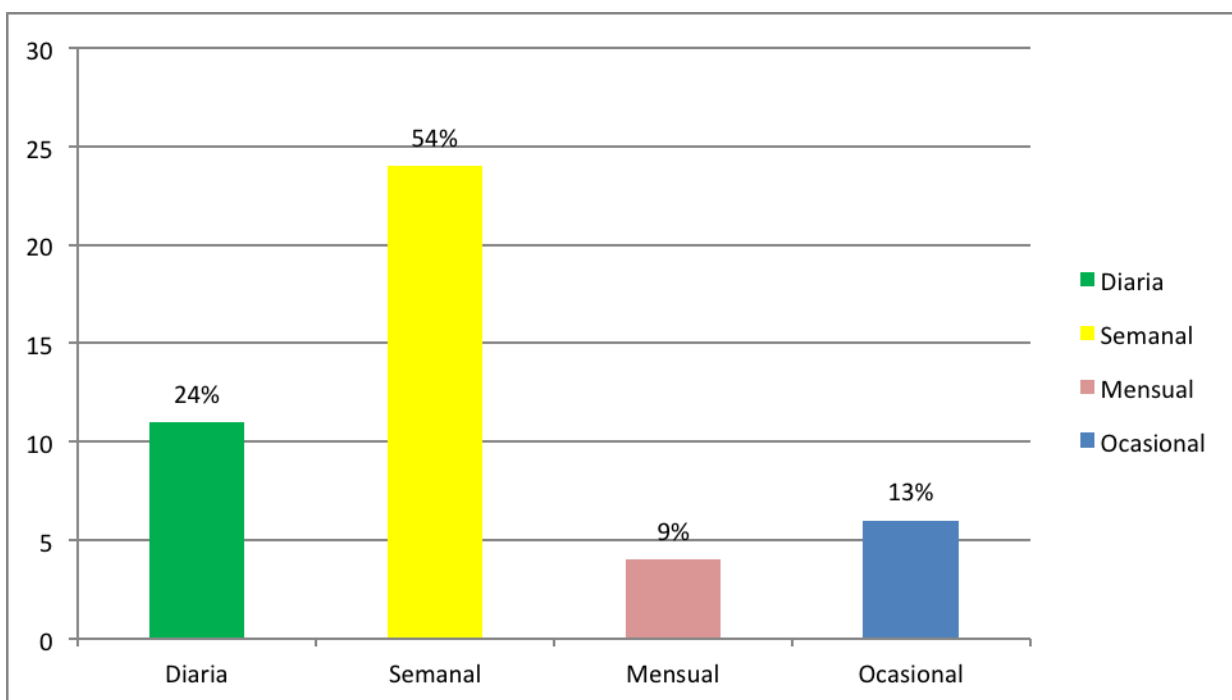
GRAFICO VII. Distribución según consumo de medicamentos naturales de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

De los pacientes hipertensos entrevistados el 43% afirmó consumir sustancias naturales. De los cuales el 100% aseguró haber consumido té de naranja agria y 0% ginseng, te de hierba de san Juan respectivamente. Podemos evidenciar que cerca de la mitad de pacientes manifestó consumo de té de naranja agria.

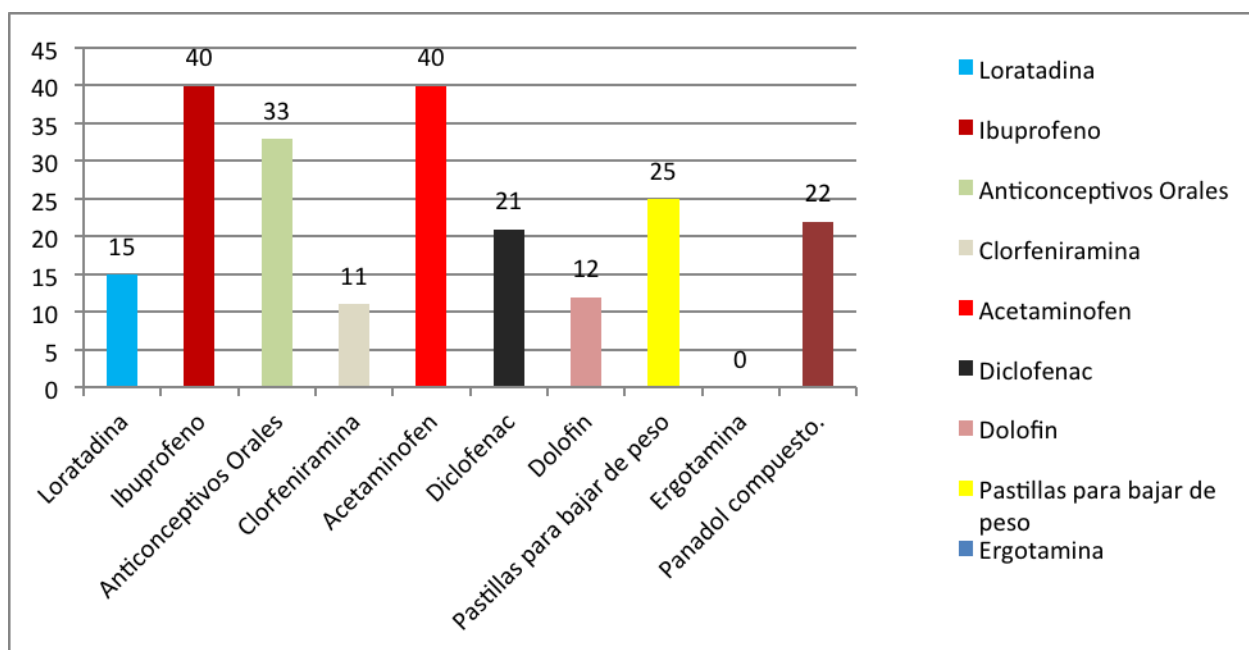
GRAFICO VIII. Distribución según frecuencia en el consumo de medicamentos naturales previo al diagnóstico de Hipertensión Arterial en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Del total de pacientes que afirmaron haber consumido sustancias naturales previo a ser diagnosticados con hipertensión arterial es evidente el consumo de forma semanal siendo el más practicado por los habitantes con un porcentaje obtenido del 54%, el 24% refirió uso fue a diario, el 13 % ocasionalmente y 9% mensual.

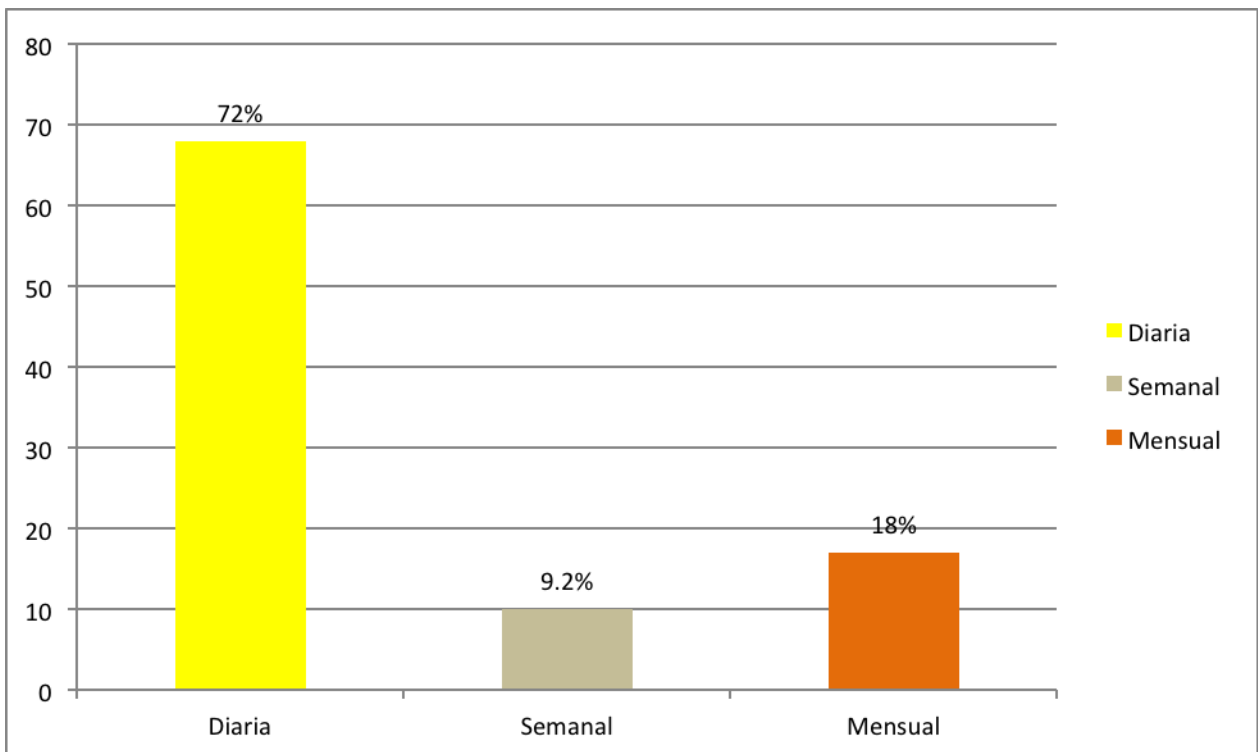
GRAFICO IX. Distribución según consumo de medicamentos previo al diagnóstico de Hipertensión de Arterial en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Es evidente un mayor porcentaje de pacientes consumió medicamentos antes de ser diagnosticado con hipertensión arterial como: analgésicos anti inflamatorios, antihistamínicos, anticonceptivos orales y “pastillas para bajar de peso”. En orden de frecuencia se describen a continuación: 18% ibuprofeno y acetaminofén respectivamente, el 15% Anticonceptivos orales correspondiente al sexo femenino, 11% pastillas para bajar de peso, 10% panadol compuesto, 9.5% diclofenac, 7% loratadina, 5% dolofin y clorfeniramina respectivamente Y el 0% ergotamina.

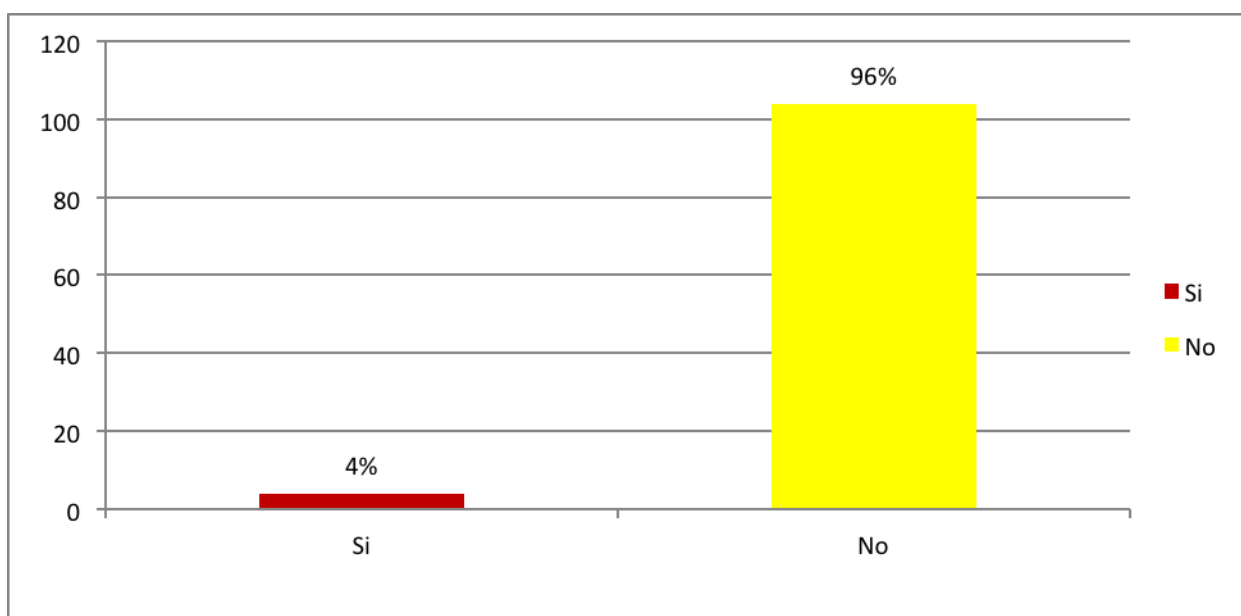
GRAFICO X. Distribución según frecuencia en consumo de medicamentos previo al diagnóstico de Hipertensión Arterial en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Los pacientes entrevistados quienes afirmaron consumir medicamentos antes de ser diagnosticados con hipertensión arterial; un alto porcentaje afirmó consumirlos a diario correspondiendo al 72%, por otro lado el 18% manifestó consumirlos mensualmente, y el 9.2% semanalmente. Lo cual está relacionado a los grupos en estudio con edades de 30-60 años. El 81% tuvo un consumo de medicamentos muy frecuente.

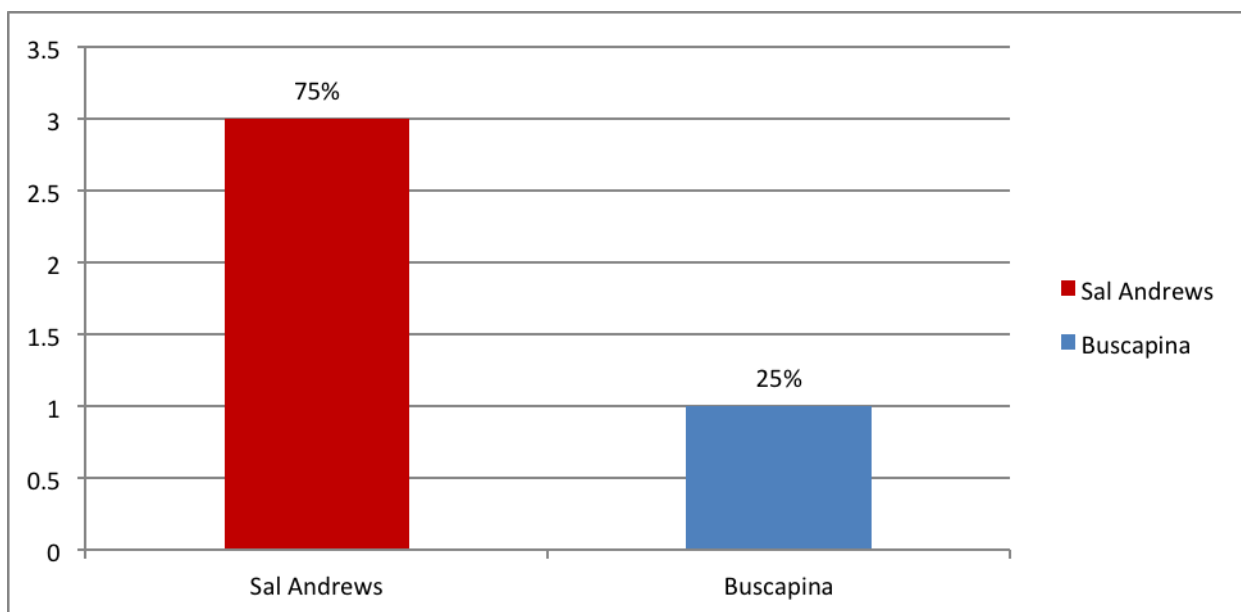
GRAFICO XI. Distribución según consumo de medicamentos no mencionados en la entrevista previo al diagnóstico de Hipertensión Arterial en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Podemos observar que de los pacientes entrevistados en el estudio el 96% no consumió ningún otro tipo de medicamentos previo a ser diagnosticado con hipertensión arterial y el 4% afirmó el consumo.

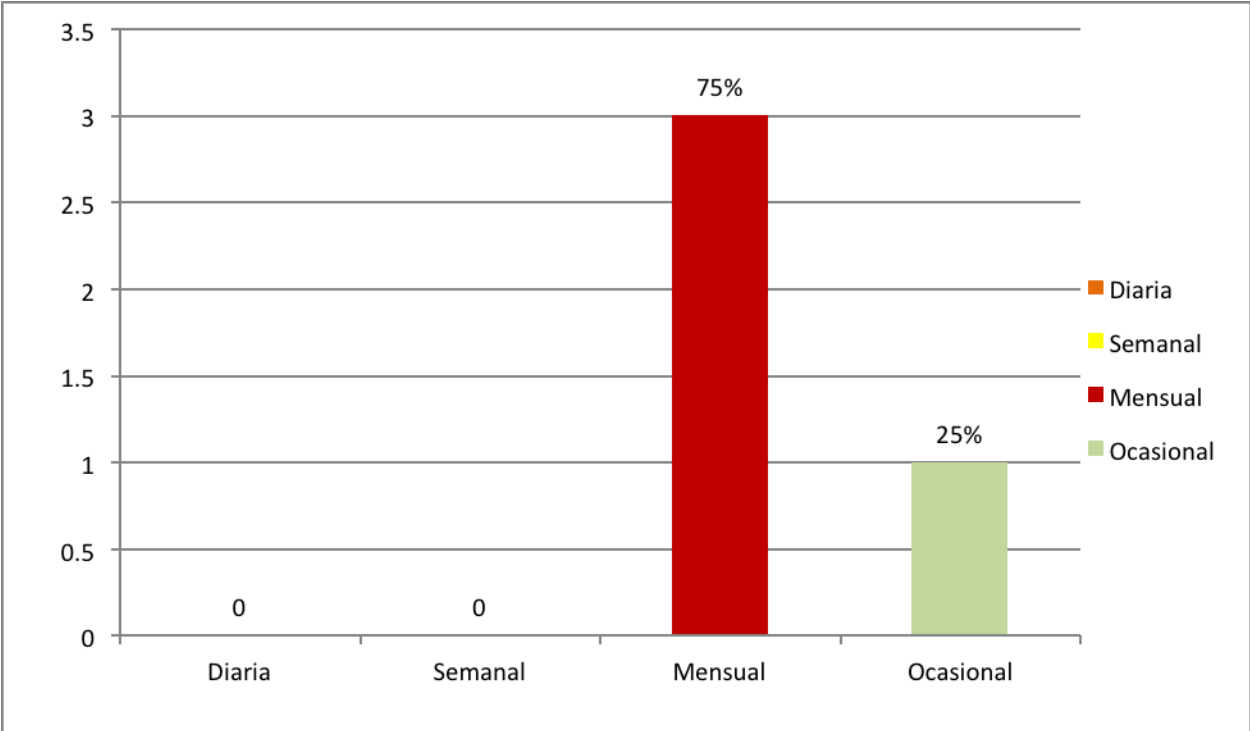
GRAFICO XII. Distribución según consumo específico de medicamentos no mencionados en la entrevista previo al diagnóstico de Hipertensión Arterial en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Podemos observar que de los pacientes del estudio que afirmaron haber consumido algún medicamento de los que no se mencionaron en el estudio el 75% consumió Sal Andrews, y el 25% manifestó que consumió buscapina.

GRAFICO XIII. Distribución según frecuencia del consumo de medicamentos no mencionados en la entrevista previo al diagnóstico de Hipertensión Arterial en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.

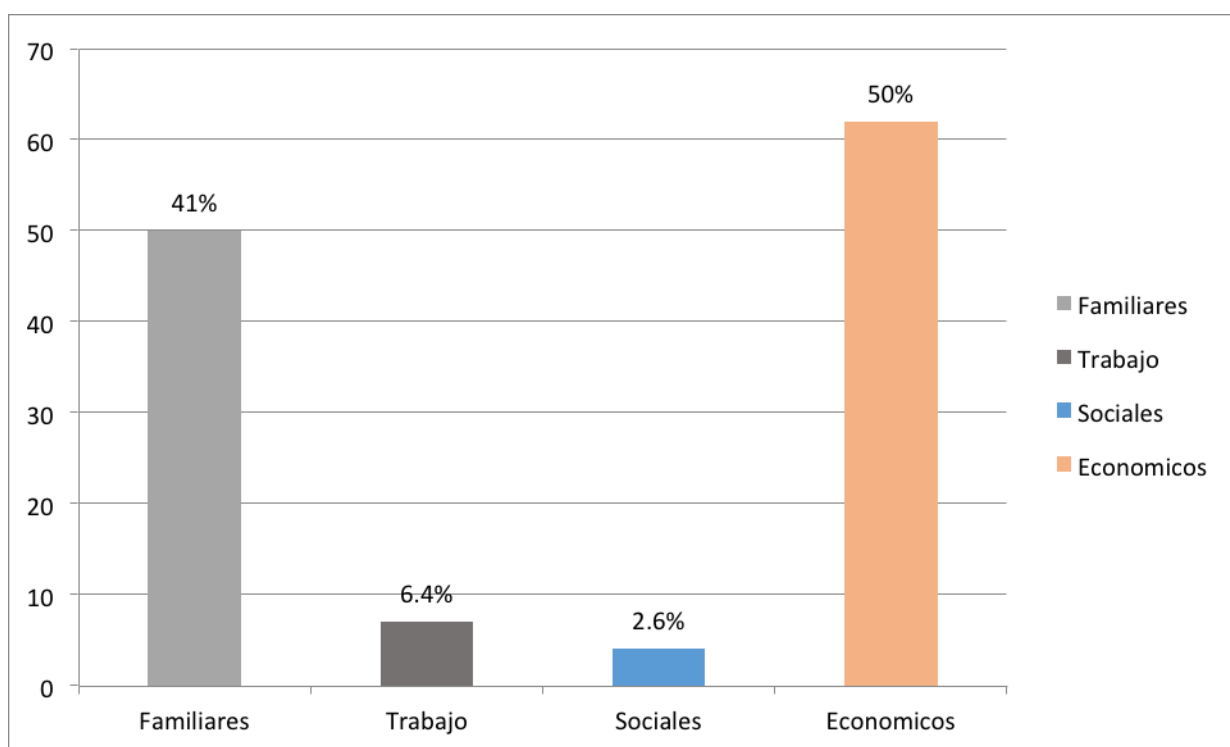


Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

De 4 pacientes entrevistados que afirmaron haber consumido otros medicamentos no mencionados en la entrevista la frecuencia de consumo equivalente al 75% mensual. Un 25% manifestó haber consumido ocasionalmente. No habiendo frecuencia de consumo diario y semanal.

II. ESTILOS DE VIDA

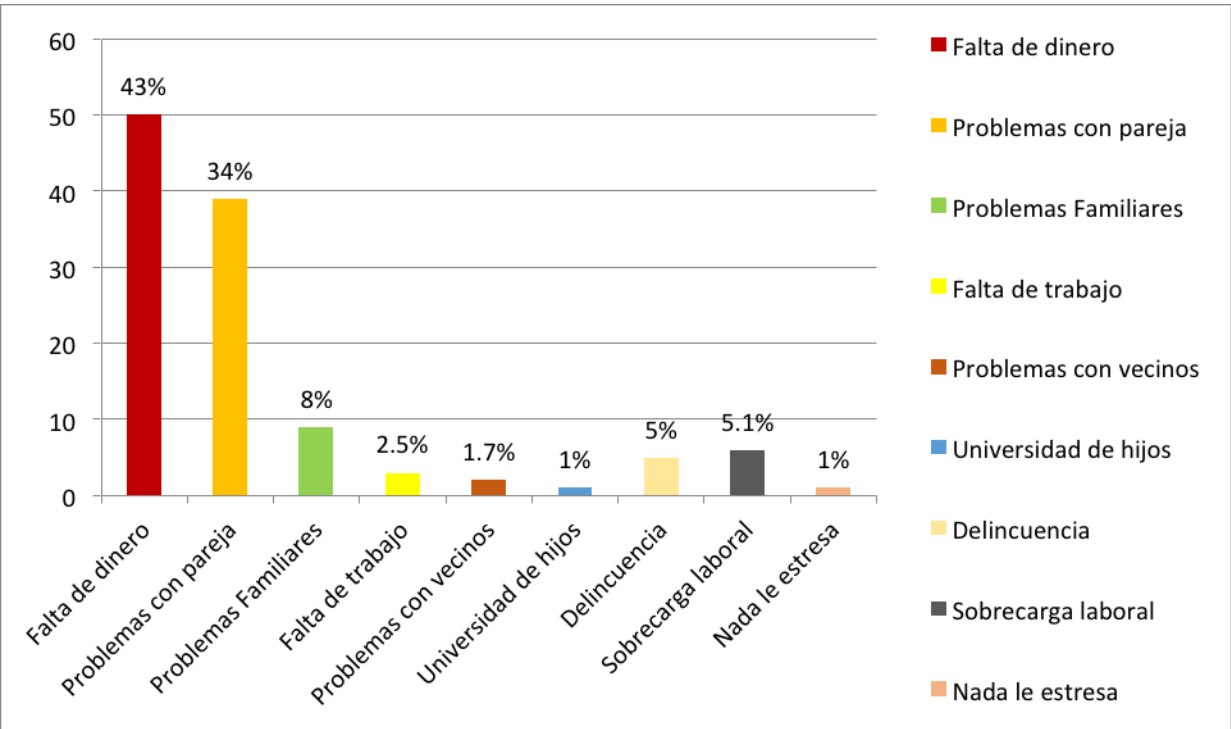
GRAFICO XIV. Distribución según factor de estrés de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 100% de entrevistados manifestaron tener un problema desencadenante que le genera estrés. En orden de frecuencia se encuentra: 50% de la población tiene problemas económicos, 41% problemas familiares, 7% menciona problemas laborales y el 2.6% menciona producirle estrés los problemas sociales.

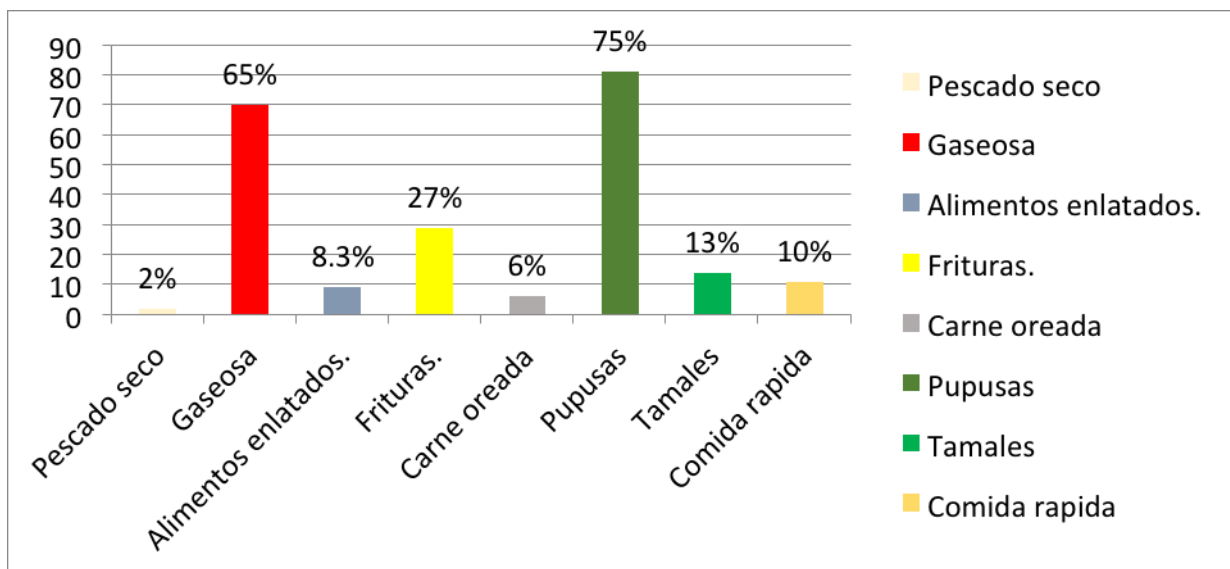
GRAFICO XV. Distribución según causas que generan estrés de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 43% de población entrevistada le genera estrés la falta de dinero, en segundo lugar los problemas con la pareja 34%, 8% el estrés se lo ocasiona hijos malcriados y Nietos desobedientes, 5.1% La sobre carga laboral, 5% Delincuencia, 2.5% Falta de Trabajo. 1.7% problemas con vecinos y sólo el 1% manifestó que el pago de la universidad de Universidad de hijo se lo genera. Otro 1% respondió que nada.

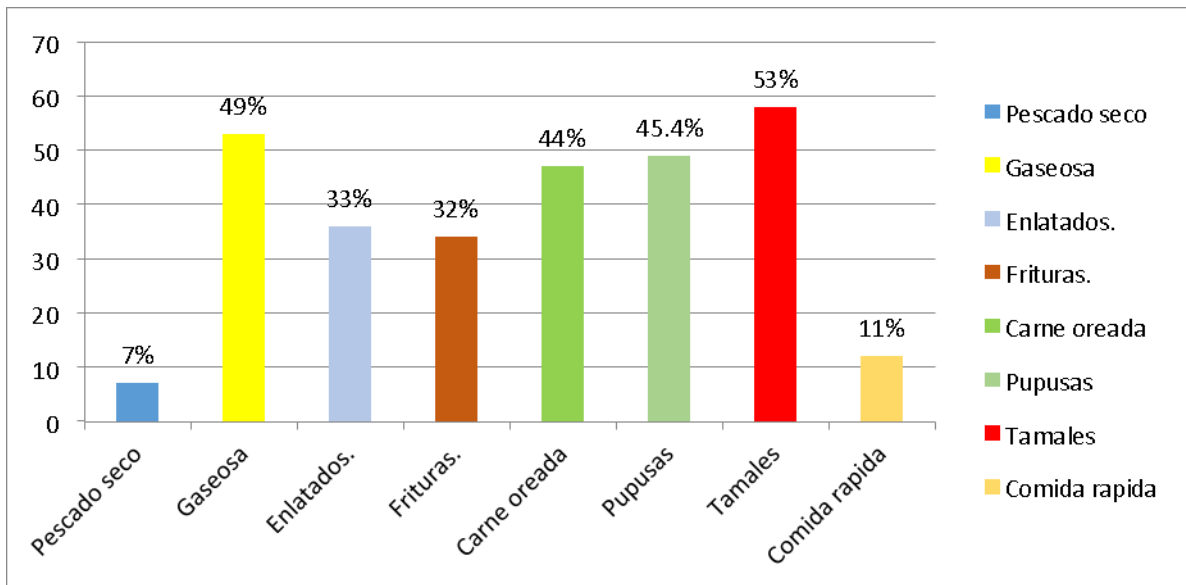
GRAFICO XVI. Distribución según tipo de alimentación semanal de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

De los datos obtenidos en el estudio los pacientes de San Matías consumen en un período frecuente cada semana un alto porcentaje de pupusas y gaseosa ya que el 75% manifestó consumir pupusas, un 65% gaseosa, 27% frituras, 13% tamales, 10% comida rápida, 8.3% alimentos enlatados, sin embargo observamos que solo el 6% consume carne oreada, y el 2% pescado seco. En general es poca la población que consume alimentos que han sido conservados a base de sal.

GRAFICO XVII. Distribución según tipo de alimentación mensual de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.

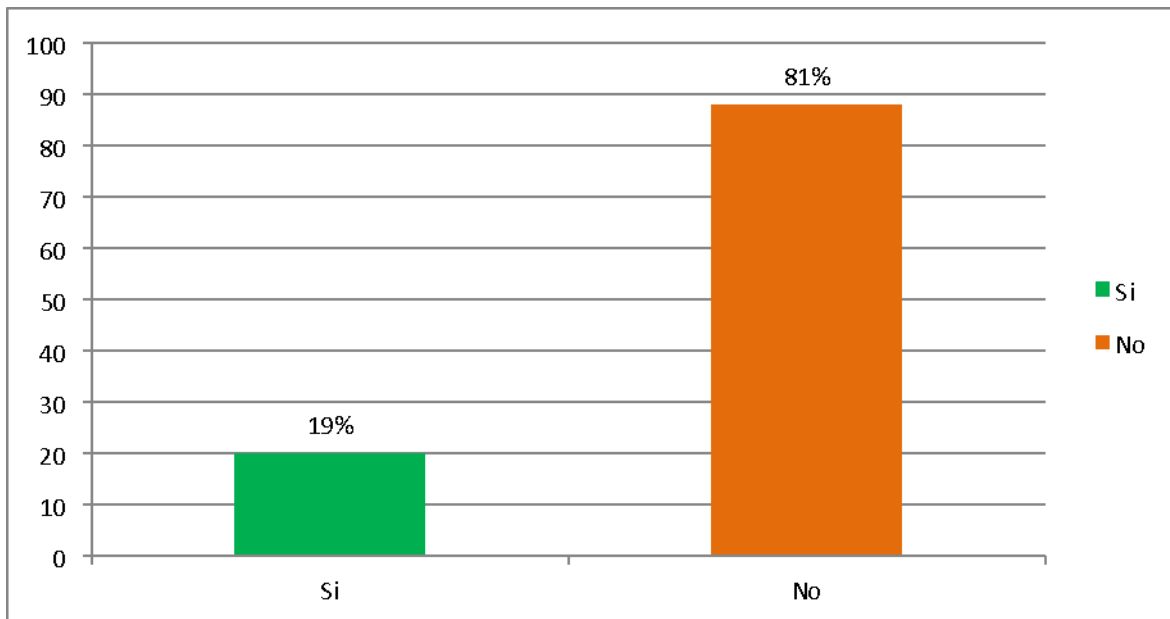


uente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

La alimentación mensual varía con la semana. Acá se ve un aumento en el consumo de ciertos alimentos como tamales, alimentos enlatados, carne oreada y frituras entre otras.

El consumo de carbohidratos es siempre sobresaliente. Obteniendo el 53% consume tamales, 49% gaseosa, 44% carne oreada, 11% comida rápida, 33% alimentos enlatados, 32% frituras, 45.4% pupusas, 7% pescado seco.

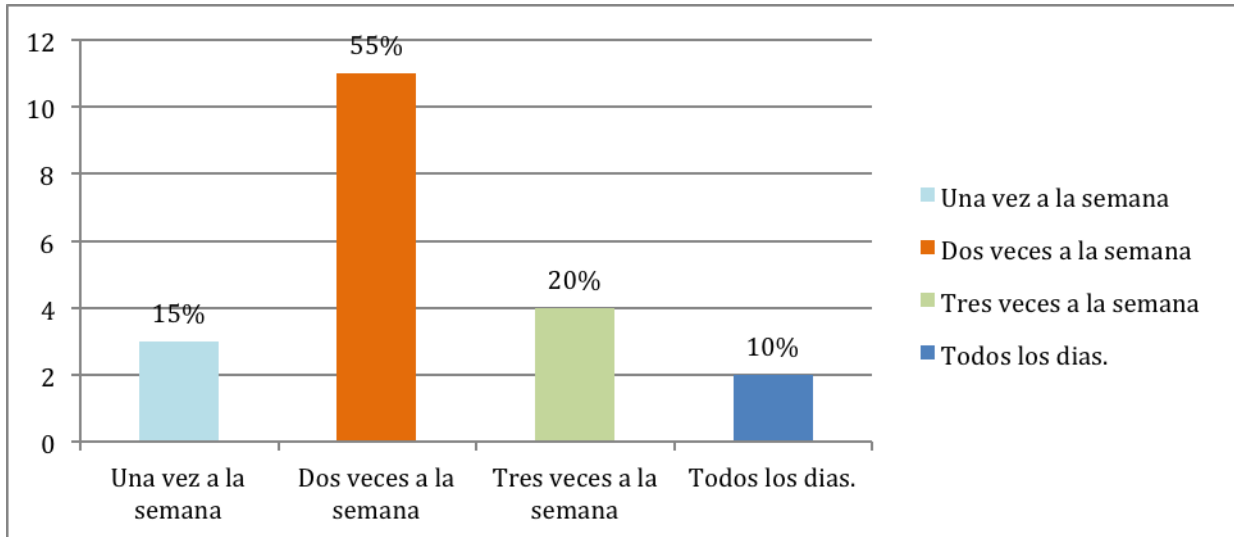
GRAFICO XVIII Distribución según práctica de ejercicio físico de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Alto porcentaje de población en estudio respondió no realizar ningún tipo de ejercicio físico que equivale 81%. Solo el 19% respondió que sí lo realiza. Puede estar relacionado a la muestra que participo en el estudio por pertenecer al sexo femenino, ser mayores de edad entre otras posibles causas.

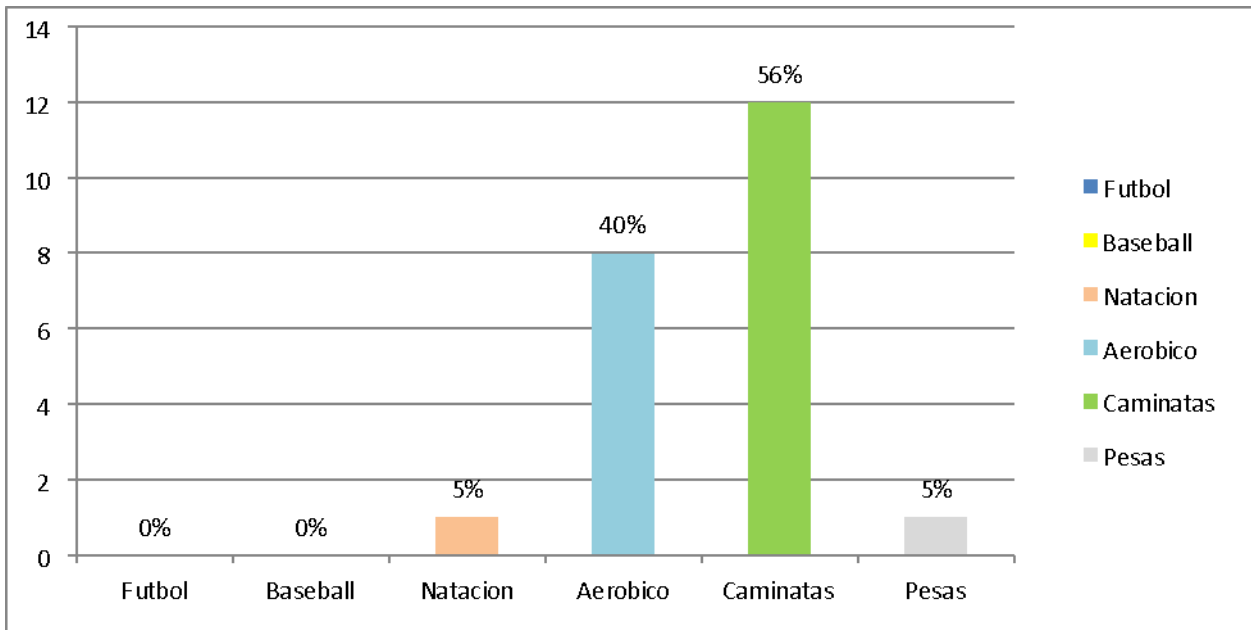
GRAFICO XIX. Distribución de ejercicio físico según práctica en frecuencia semanal de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

De los entrevistados que respondieron afirmativa la pregunta sobre práctica de ejercicio físico. Al preguntar con qué frecuencia lo realizan el 55% afirmó hacerlo dos veces por semana, un 20% tres veces por semana, 15% una vez a la semana y solo el 10% lo realizan todos los días.

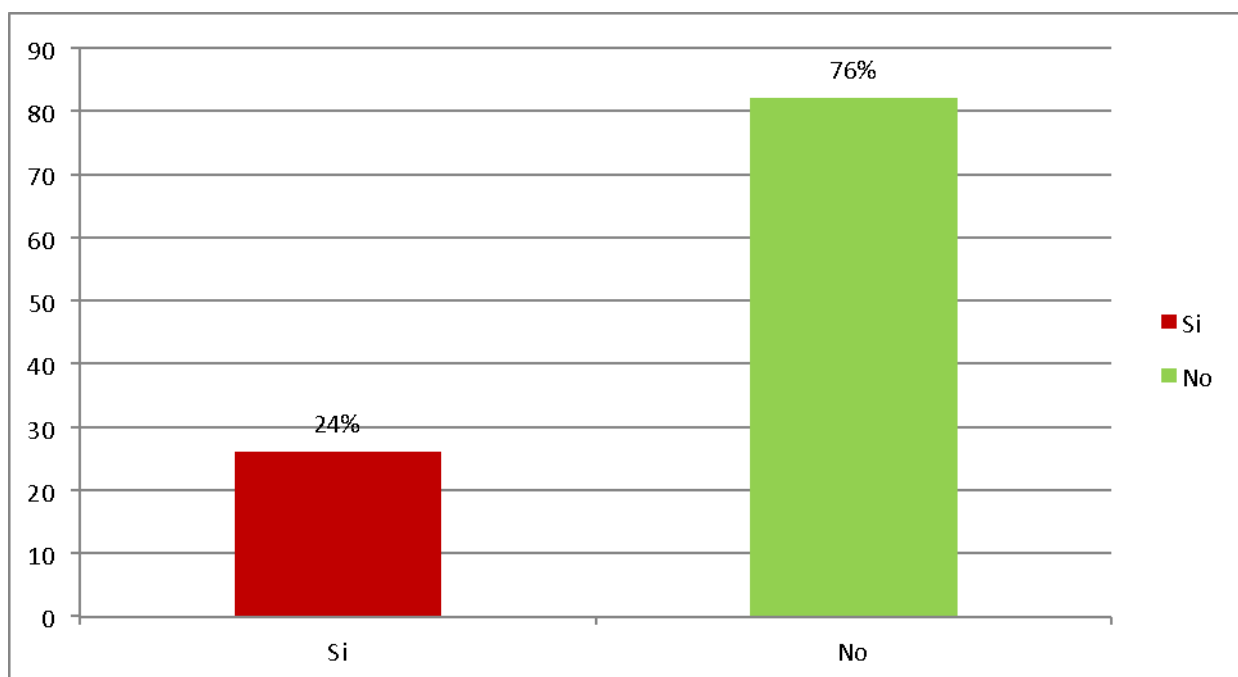
GRAFICO XX. Distribución según tipo de deporte que práctica en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

La mayoría de pacientes entrevistados que respondieron afirmativamente realizar algún tipo de ejercicio físico un 56% realiza caminatas. El 40% aeróbicos, 10% natación, 5% pesas y 0% futbol y Baseball respectivamente. Posiblemente por ser el género femenino el mayor número de los entrevistados y edades arriba de 30 años es que el futbol y baseball no es practicado en dicha población.

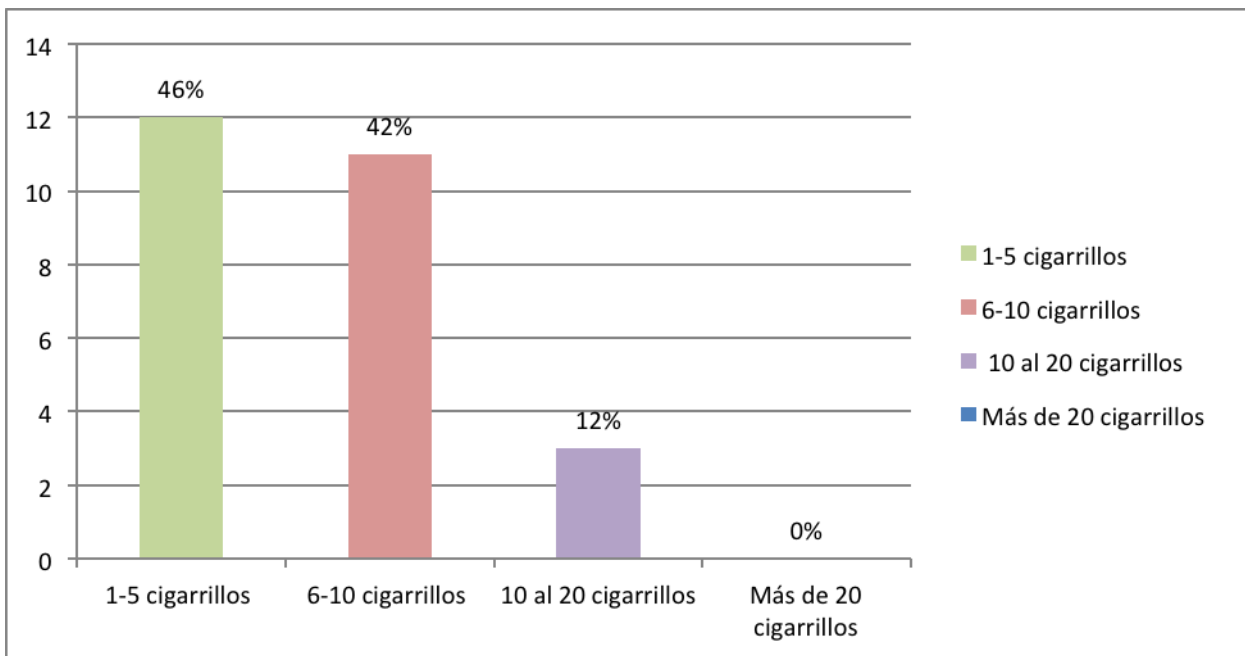
GRAFICO XXI. Distribución según hábito de fumar en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 76% de pacientes hipertensos que participaron en el estudio afirmaron no consumir tabaco en forma de cigarrillo y un pequeño porcentaje manifestó su consumo. El 100% de los fumadores corresponde al sexo masculino y de este las personas fumadoras es alto ya que de los entrevistados el 59% manifestó practicarlo.

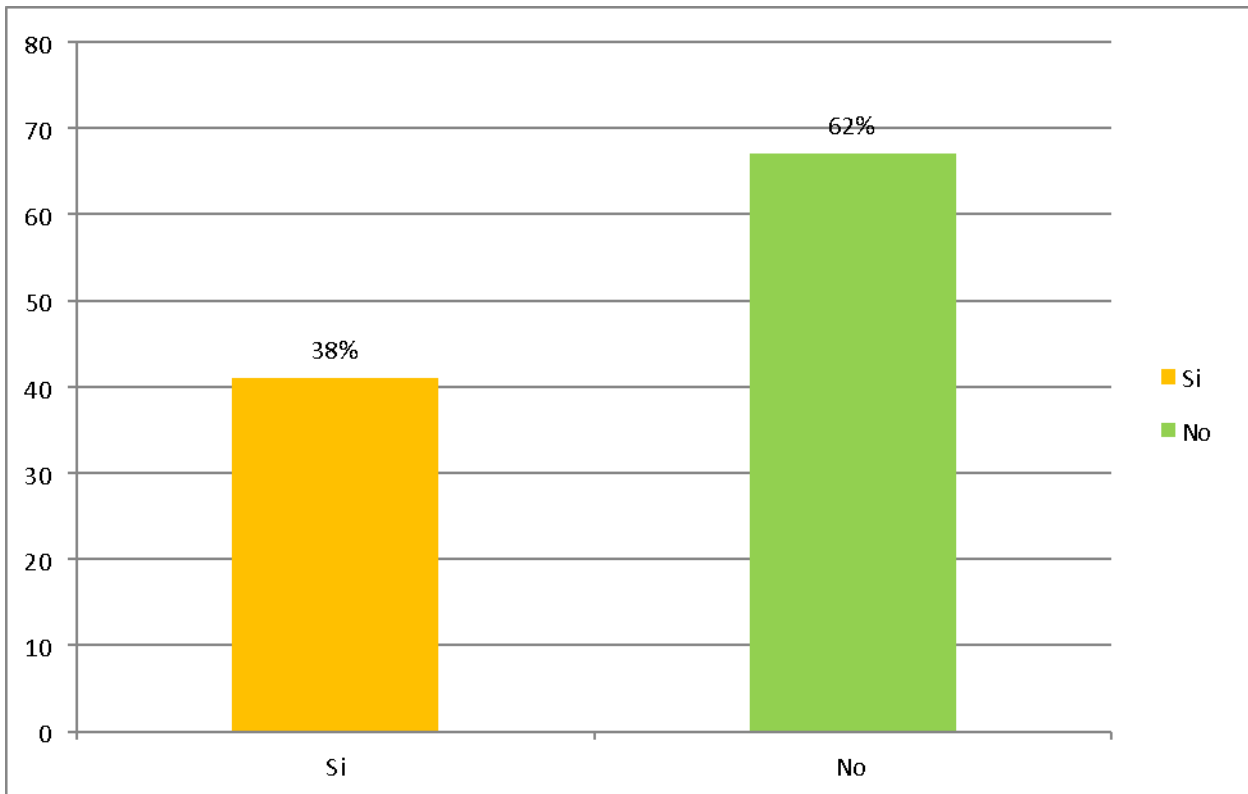
Gráfico XXII Distribución según cantidad de cigarrillos que fuman diariamente en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

De las personas entrevistados quienes afirmaron fumar tabaco en forma de cigarrillo se aprecia que el 46% % de la población fuma entre 1- 5 cigarros, el 42% de 6-10 cigarros y solo el 12% de 10-20 cigarros diarios. El desempleo y problemas económicos hacen que estas personas del género masculino limiten el consumo.

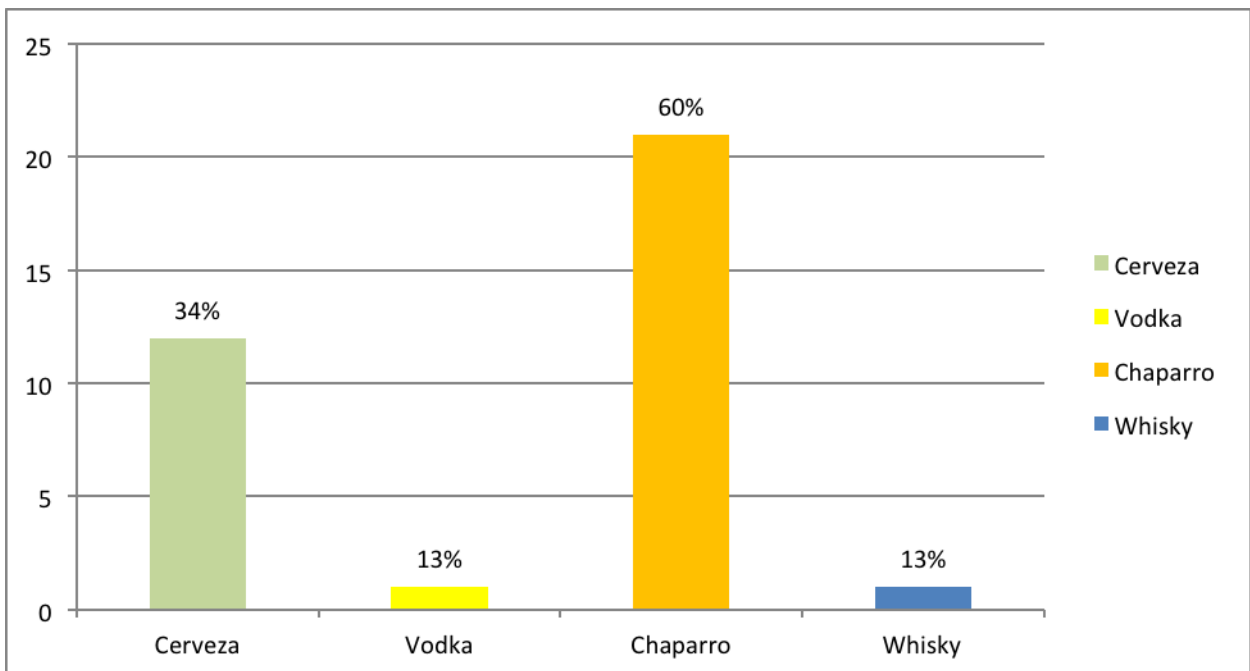
Gráfico XXIII. Distribución según consumo de licor y cerveza en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Del total de pacientes que se entrevistaron con hipertensión arterial se observa que el 62% no ingiere licor y un 38% sí. Cabe resaltar que quienes afirmaron su consumo pertenecen al sexo masculino y de los participantes el 80% afirmaron su ingesta.

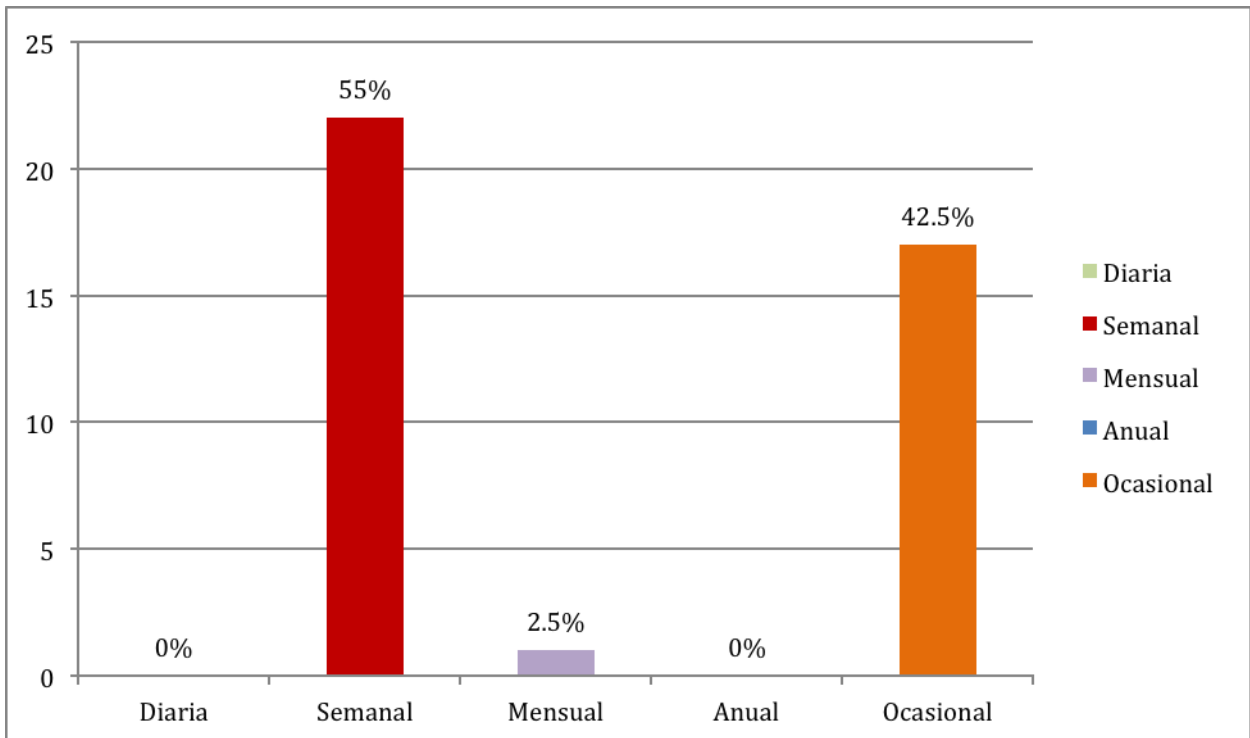
Gráfico XXIV. Distribución según preferencia de consumo de licor de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Tipo de licor más consumido por los habitantes del Municipio de San Matías que participaron en el estudio es el “chaparro” con un 60%, 34% corresponde a la ingesta de cerveza y solo el 13% manifestó el consumo de Vodka y Whisky respectivamente. Se observa un predominio en la ingesta de “chaparro” lo cual puede deberse a factores económicos, culturales y sociales propios de los habitantes en el Municipio.

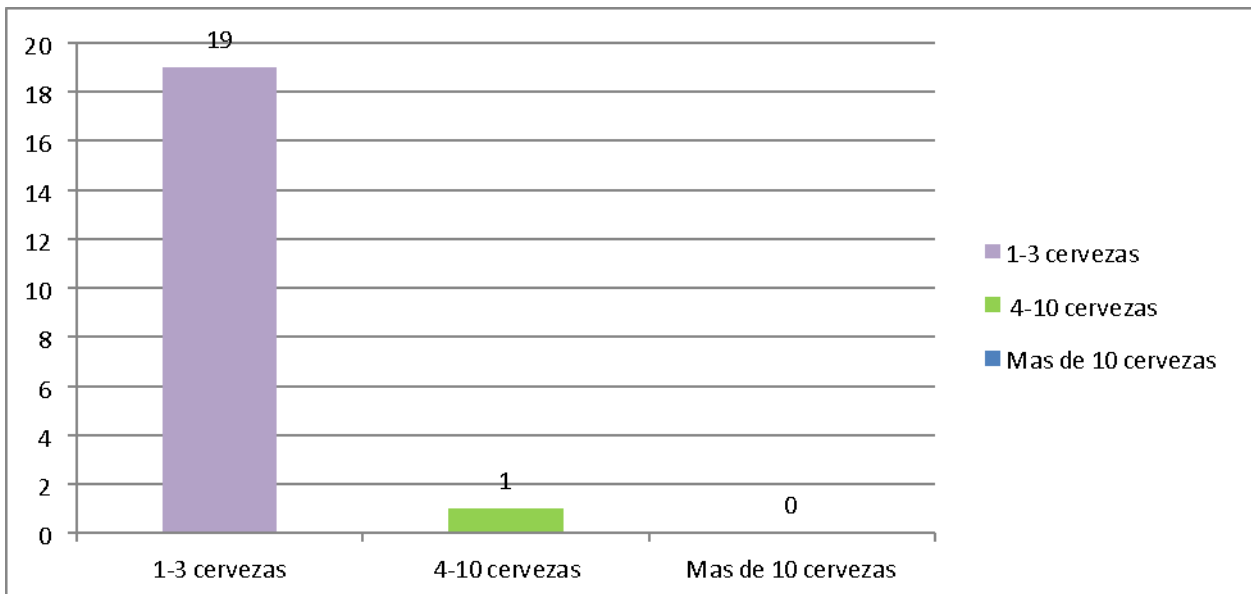
GRAFICO XXV. Distribución según frecuencia en el consumo de licor de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

De los pacientes que afirmaron la ingesta de licor en su mayoría lo consumen semanalmente alcanzando el 55%, un 42.5% manifestó que lo consume ocasional, 2.5% mensual. No se observa consumo Diario y anual respectivamente. Por factores económicos les resulta difícil su consumo diario y el consumo semanal resulta más frecuentemente utilizado debido a que en la mayoría son sexo masculino quienes trabajan en la agricultura y reciben su salario cada semana.

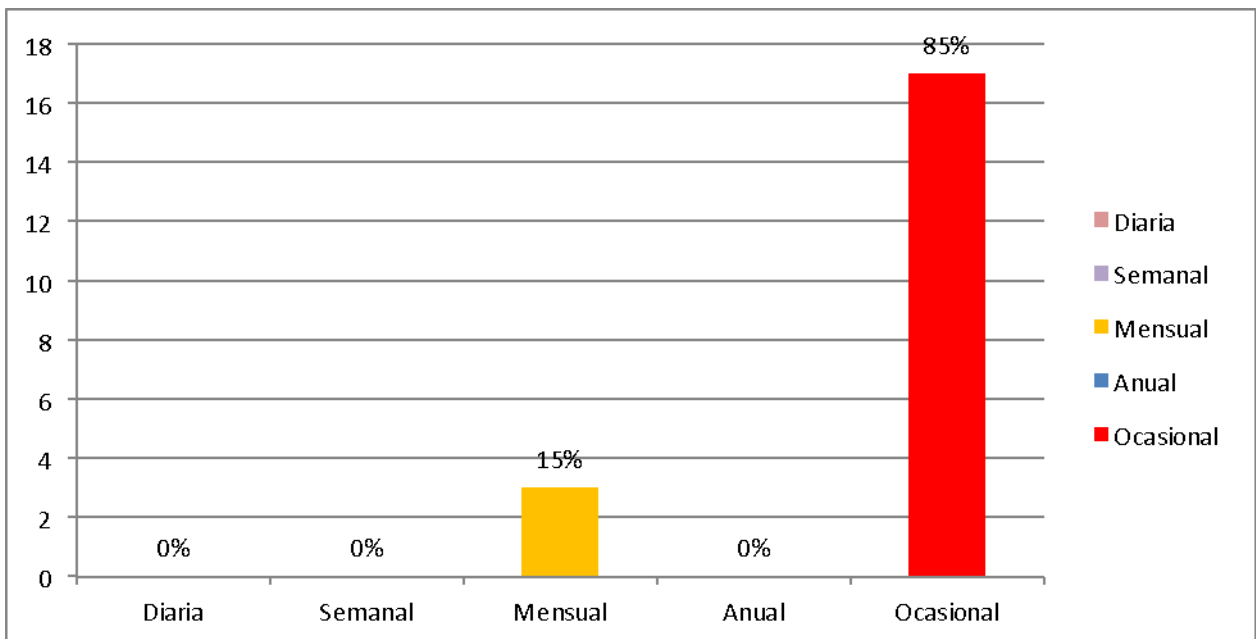
GRAFICO XXVI. Distribución según cantidad de consumo del licor en pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Del total de pacientes en estudio quienes afirmaron la ingesta de cerveza un 95% consume de 1-3 cervezas, disminuyendo considerablemente el número de personas con ingesta mayor de 4-10 cervezas al 5%. De los 20 entrevistados ninguno manifestó consumo más de 10 cervezas probablemente debido a factores económicos les resulta más difícil su adquisición ya que solo el 19.6% cuentan con empleo formal.

GRAFICO XXVII. Distribución según frecuencia del consumo de cerveza de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.

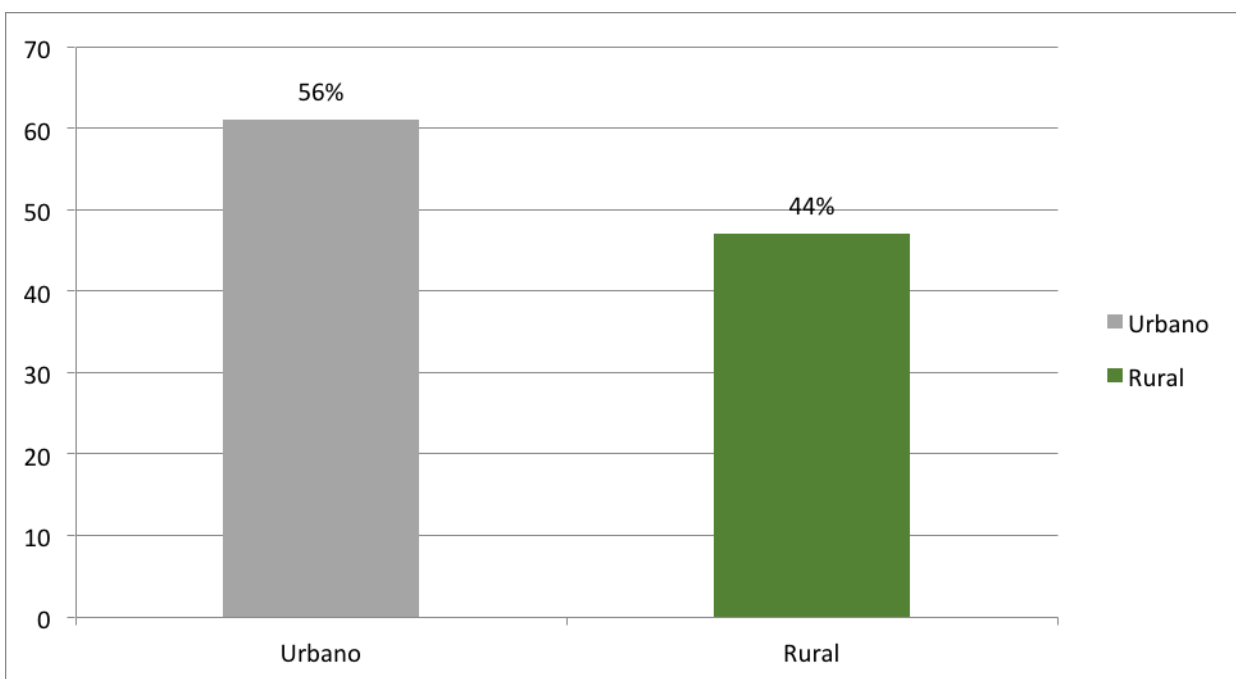


Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Los pacientes hipertensos entrevistados podemos observar que un alto porcentaje consume cerveza de forma ocasionalmente correspondiendo al 85% y un 15% consume mensualmente y 0% consumo diario, semanal y anual respectivamente, en general podemos observar que no se evidencia el consumo diario de cerveza en el total de los pacientes.

III. CONDICIONES DE VIDA

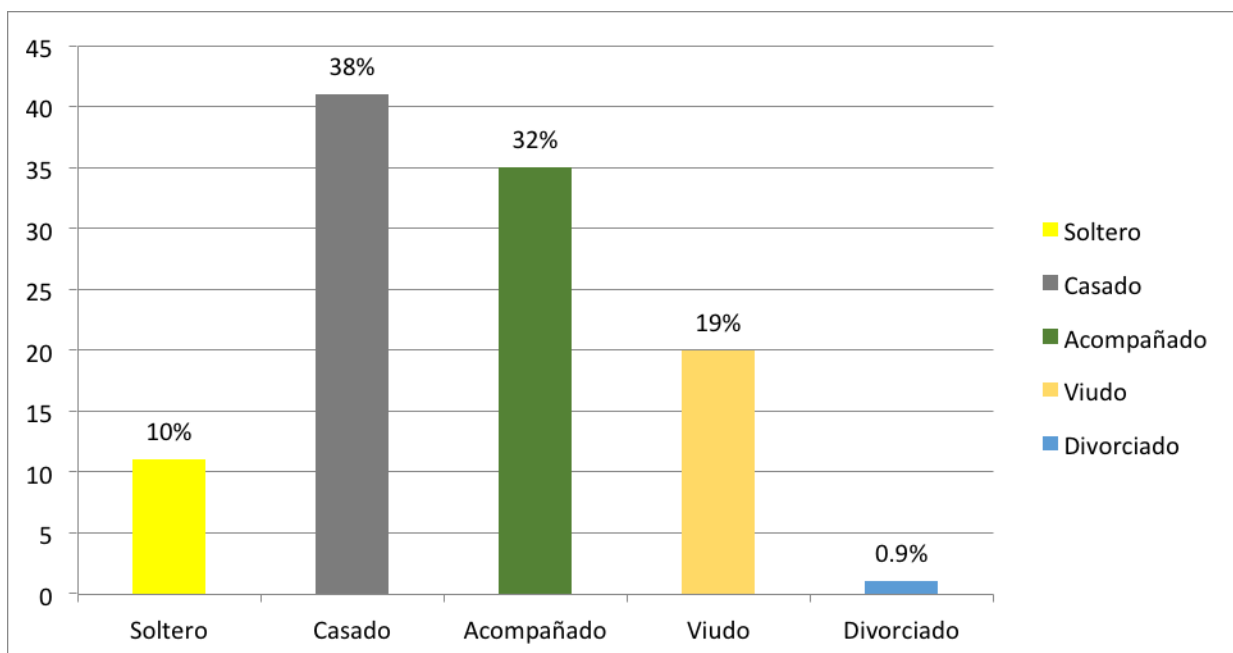
GRAFICA XXVIII. Distribución según procedencia de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Se identifica que de la mayoría de la población entrevistada el 56% corresponde al área urbana y el 44% proceden del área rural. Siendo mayor el porcentaje de pacientes captados en el estudio que consultan la UCSFI San Matías del casco urbano.

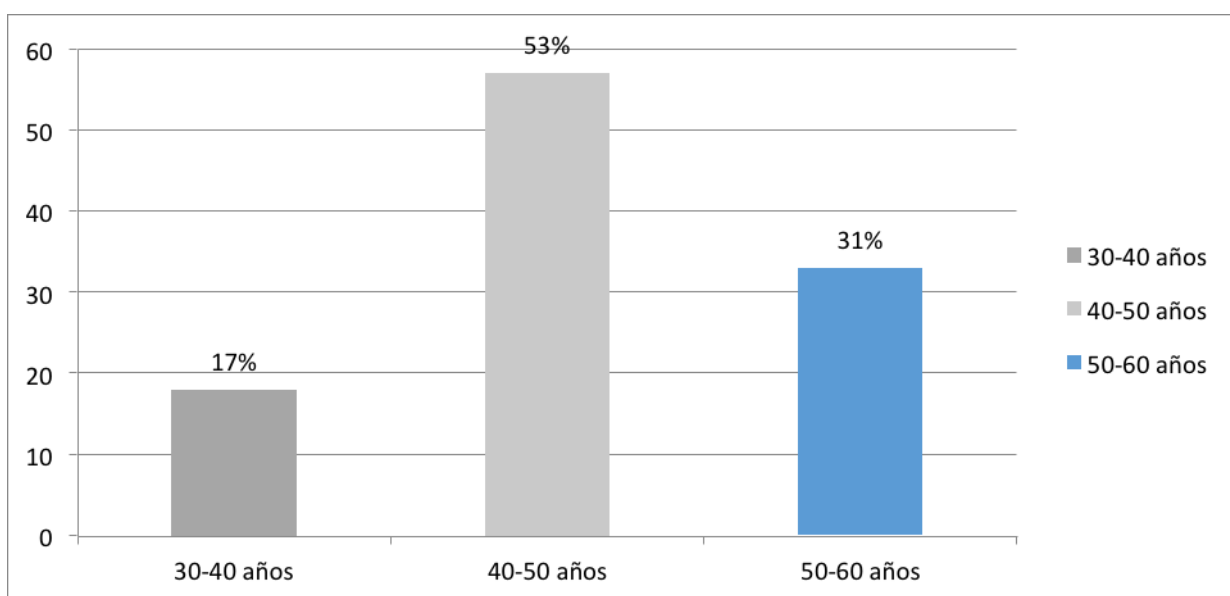
XXIX. Distribución según estado civil de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 70% de población conviven con compañero de vida. Del cual se encontró el 38% casados y el 32% acompañados. El otro 30% no. En donde el 19% enviudo, 10% están solteros y 0.9% se encuentra divorciados. En general podemos decir que predominan en la población en estudio, pacientes cuyo estado civil es casado o acompañados.

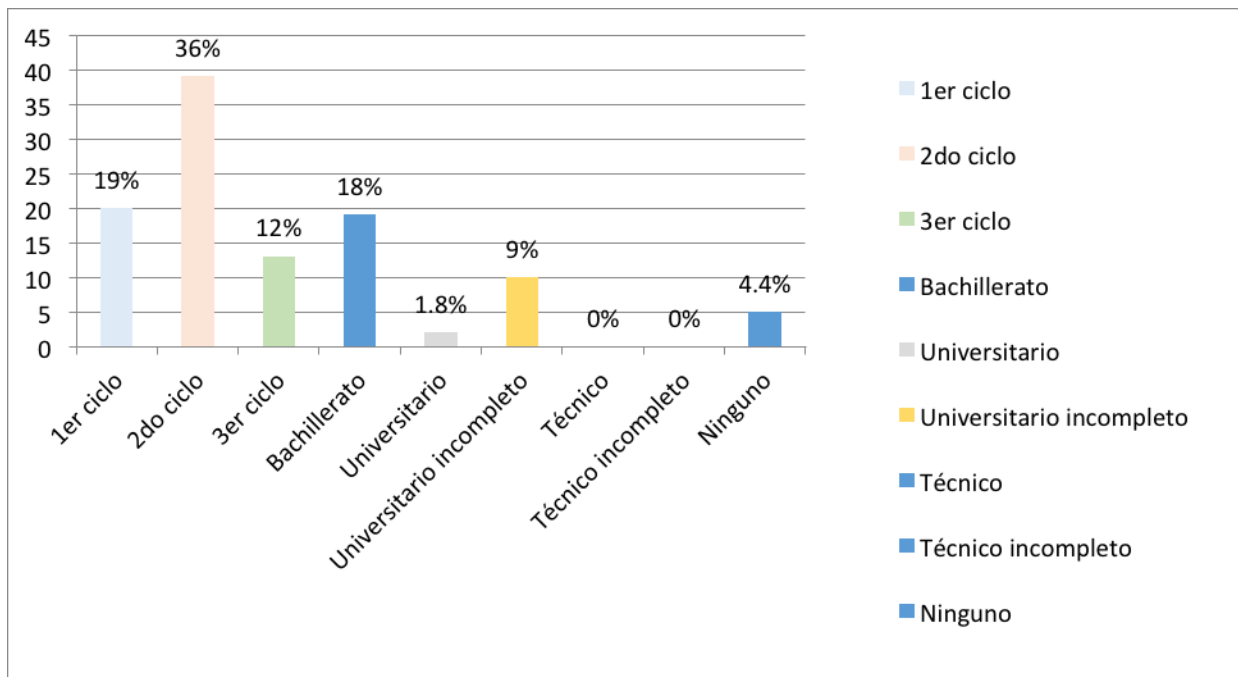
XXX. Distribución según edad de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Personas con edades más afectadas de presentar hipertensión arterial es de 40 a 60 años. Siendo el grupo étnico más afectado de 40-50 años el cual equivale al 53%, 50-60 años es del 31% y en menor porcentaje corresponde a edad entre 30-40 años con el 17%. Predominando más la enfermedad en personas mayores, sin embargo se observa que está presente también en adultos jóvenes en San Matías.

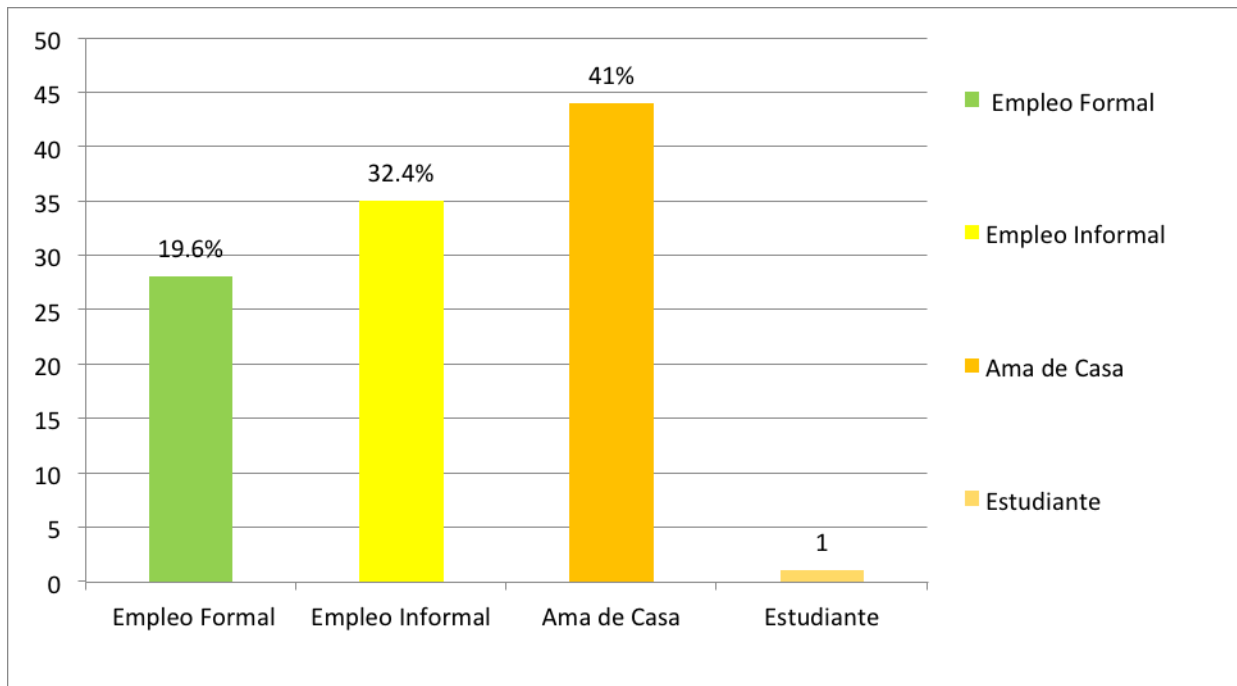
GRAFICO XXXI. Distribución según escolaridad de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 67% pacientes tienen estudios de educación básica. El 36% de población estudio 2do. Ciclo, 19% 1er ciclo, 18% Bachillerato, 12% 3er ciclo, 9% realizaron universitario incompleto, 4.6% no realizó ningún estudio, un 1.8% Universitario y el 0% Técnico y técnico incompleto respectivamente.

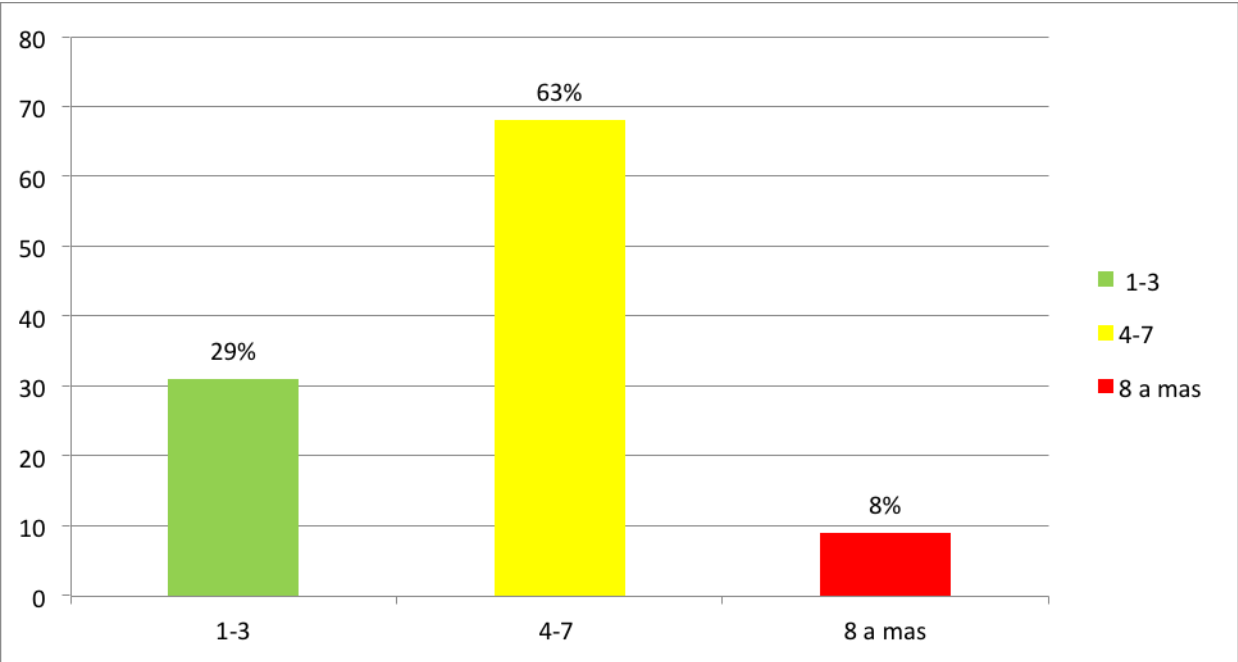
GRAFICO XXXII. Distribución según ocupación de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

El 41% de la población en estudio se dedican a ser ama de casa, el empleo informal tiene un porcentaje de 32.4% sobresaliendo la agricultura, albañilería y vendedor informal como ocupaciones realizadas, empleo formal es del 19.6% entre los cuales existen secretarias, promotor de salud, enfermera y jubilados y el 1% se dedica a estudiar.

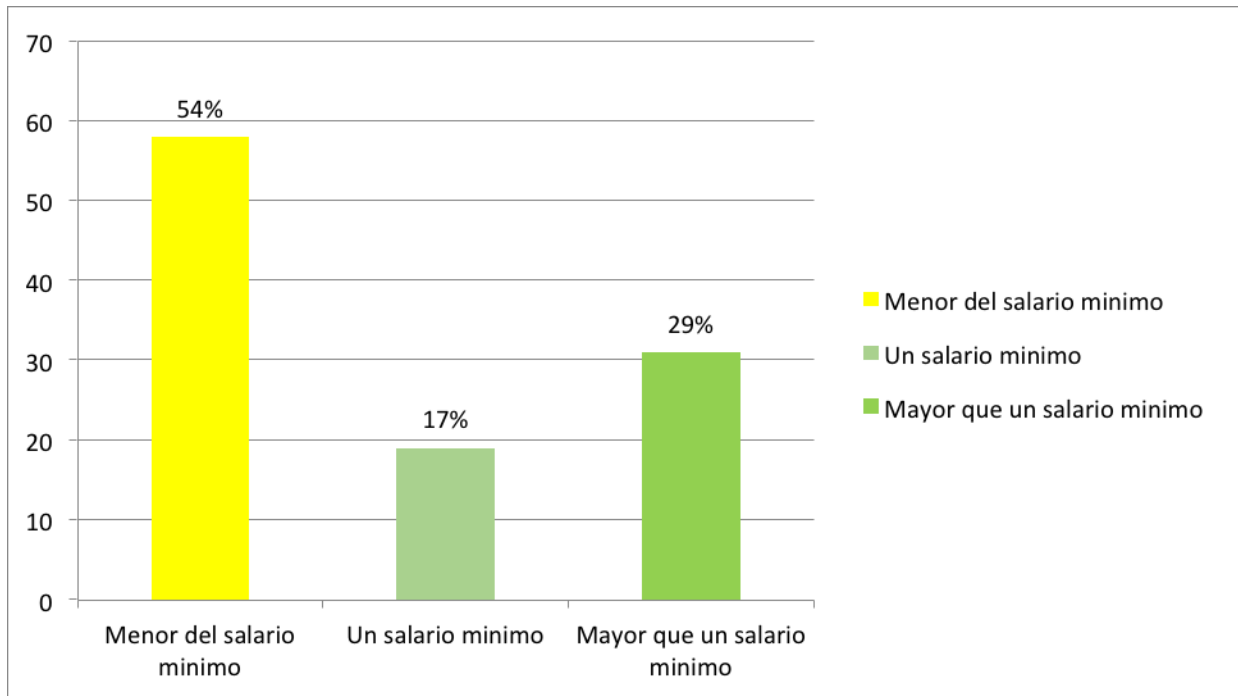
GRAFICO XXXIII. Distribución según número de miembros del grupo familiar de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

Entre los pacientes entrevistados se observa como la población del Municipio de San Matías conviven con cantidad numerosa de miembros en su grupo familia; es decir en hacinamiento lo que corresponde al 63%. Por otra parte el 29% convive con 1-3 miembros y un 8% más de 8 personas.

GRAFICO XXIV. Distribución según ingreso salarial de pacientes de 30 - 60 años que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio de San Matías septiembre 2013 a marzo 2014.



Fuente: Entrevista semi-estructurada factores de riesgo que inciden en hipertensión arterial. San Matías. La Libertad. Septiembre 2013- Marzo 2014.

La población en estudio recibe ingresos económicos bajos. El 54% recibe un sueldo mensual menor que un salario mínimo, 29% mayor a un salario mínimo, 17% un salario mínimo. Esto está relacionado con el desempleo que existe en los habitantes del lugar y el bajo nivel de escolaridad que dificulta optar a mejores oportunidades de trabajo.

VI DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en el trabajo de investigación se pudieron identificar factores de riesgo como: sobrepeso, automedicación, factor genético, uso de etnopracticar, edad, genero, dietas altas en carbohidratos y lípidos, sedentarismo, entre otros.

Además estilos de vida como: tipo de alimentación, estrés, consumo de alcohol y tabaco, consumo de sal, que predisponen el aparecimiento de Hipertensión Arterial como lo son también las condiciones de vida: nivel bajo de escolaridad, estado civil, empleo.

En los pacientes de 30 a 60 años en estudio se encontraron los siguientes factores de riesgo que inciden en el aparecimiento de la hipertensión arterial:

EL bajo Nivel educativo dificulta optar a un puesto de trabajo formal en el cual se tenga un salario que mejore la calidad de vida de las familias, además en la población entrevistada se identificó a 44 amas de casa quienes no cuentan con un salario, por lo tanto las hace dependientes económicamente de su compañero de vida. Además conviven en hacinamiento lo que indica que tienen dificultad de adquirir una vivienda apropiada para el grupo familiar.

Se identificó que el 100% de pacientes entrevistados refiere al menos un factor de estrés, lo que es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial. Se detectó problemas familiares con compañero de vida, hijos y nietos. Además 32 personas del total de entrevistados, refieren sentirse estresados por factores económicos y por sobrecarga laboral se confirmó que no hacen tiempo para recreación lo que viene a aumentar los niveles del estrés en el organismo.

Gran parte de la población entrevistada pertenece al sector informal lo que produce inestabilidad laboral esto podría asociarse a un mayor índice de estrés y que nos permite medir indirectamente la pobreza del municipio, lo cual tiene indiscutiblemente gran impacto en el apareamiento de Hipertensión Arterial.

Un 19.6% de la población cuenta con empleo formal y una parte en su mayoría se dedican a la agricultura, albañilería entre otros.

El acceso a un empleo formal en el municipio se ve obstaculizado por bajo nivel de estudios y porque no se cuenta con fábricas, empresas u otros que generen empleos dentro del municipio.

Esto convierte a la mayoría de sus habitantes en personas sin acceso a un empleo formal, lo que les obliga a migrar para optar a otras fuentes de trabajo en municipios cercanos con más desarrollo.

El empleo es esencial en la medición de las condiciones de vida por su vinculación con la generación del ingreso familiar, de cuyo nivel dependerá la satisfacción de las necesidades del hogar. Además el ingreso económico por debajo de \$242.40 correspondiente a más de la mitad de los entrevistados lo que incide en un nivel de calidad de vida precario, inequitativo y excluyente.

En lo que se refiere a su enfermedad en el caso de no haber abastecimiento de medicamentos anti hipertensivos en el sistema público de salud y si no cuentan con los recursos económicos suficientes para poder comprarlo, presentándose complicaciones de la enfermedad, llevándolos a riesgo de muerte.

Esto trae como consecuencia ingresos hospitalarios consecutivos, tiempo de estancia hospitalario lo que generara aumento del gasto público en el sistema de Salud, por un problema de salud que puede ser controlado desde el primer nivel de atención.

En cuanto al consumo de sal 86 pacientes de 108 agregan sal extra sobre los alimentos que consumen diariamente, algunos de ellos tienen alta concentración de sodio entre los cuales tenemos: pupusas, bebidas carbonatadas, tamales, frijoles los cuales para su cocción utilizan altas cantidades de sal y frituras entre otras.

Se ha demostrado científicamente que existe una relación directa en la aparición de Hipertensión Arterial cuando se consume demasiada sal.

Se identificó alto consumo de sal por la población en estudio lo cual se relaciona a estilos de vida, niveles de pobreza, bajo nivel educativo esto viene a empeorar la salud de la población incrementando la incidencia de la enfermedad y dificultando el buen control de la misma, lo cual produce un aumento de la consulta médica en los establecimientos de salud y esto incrementa directamente el gasto público del sistema de salud.

En cuanto a la alimentación el 100% de la población entrevistada manifestó consumir dieta rica en carbohidratos y lípidos. Los más consumidos son los frijoles los cuales se preparan de diferentes maneras al ser servidos en la mesa de las familias del municipio. Lo cual es debido a que son producidos por los mismos habitantes del municipio y aquellos que no lo cultivan se les facilita la compra por ser de bajo costo y accesibilidad. Esto causa una dieta no balanceada en la población, debido a factores económicos, culturales y sociales lo cual repercute en la salud de los individuos propiciando el desarrollo de múltiples enfermedades, que impactan el sistema de salud.

Solo en el 23% de los entrevistados se comprobó el consumo de proteínas en su dieta de origen animal como: huevo, queso, carne y pollo. Esto es debido a que son las proteínas más accesibles en la población por ser más baratas y en el caso de pollo hay familias que crían estas aves en sus viviendas para luego consumir sus derivados y carne e inclusive para su venta.

Una dieta abundante en calorías, grasas, sal y azúcares aumenta indirectamente la aparición de hipertensión arterial porque se asocia a incremento de peso.

Otros de los factores de riesgo estudiados es el estado nutricional tomando como referencia el Índice de Masa Corporal. Cuyo rango es considerado normal entre 18-25, de 25 - 30 se considera sobrepeso y superior a 30 obesidad.

86 de los participantes se encuentran con sobrepeso y obesidad. Con un 40% respectivamente; sumando ambos porcentajes el 80%, del total que corresponde a 108 pacientes entrevistados. Es decir que la mayoría de personas en el estudio no cuentan con peso ideal. Solo 22 pacientes que equivale al 20% tiene peso ideal ocasionado por la falta de ejercicio y malos hábitos alimenticios por un nivel educativo bajo y pobreza.

De los pacientes con obesidad y sobre peso la mayor parte procede del área urbana y una minoría del área rural, esto se puede ver influenciado porque la mayoría de pacientes que participaron procede del área urbana, además las poblaciones urbanas tienen mayor accesibilidad a diferentes tipos de comida típica como: pupusas, pasteles, nuégados, enchiladas que el área rural, esto es un factor determinante para que en las poblaciones urbanas sea mayor la incidencia de sobre peso y obesidad.

La frecuencia de aparición de hipertensión arterial entre las personas obesas es entre 2.-3 veces mayor que entre las que se encuentran dentro de su peso ideal. A su vez entre los hipertensos la frecuencia de obesos es mucho mayor, a medida que aumenta el peso se elevan las cifras de presión arterial.

Respecto al área de procedencia se identificó que en su mayoría los participantes pertenecen al área urbana lo cual equivale al 56% y en menor porcentaje al área rural, esto probablemente por la corta distancia y fácil acceso existente hacia el establecimiento de Salud.

En cuanto al ejercicio físico sólo un 18% de la población afirmó practicarlo; quienes se encuentran entre las edades comprendidas de 30-40 años siendo este grupo etareo el más joven del total de entrevistados.

Entre los ejercicios practicados sobresalen caminatas y aeróbicos realizadas con frecuencia dos veces por semana.

Es de resaltar que de las 11 personas que afirmaron realizar ejercicio como caminatas 10 trabajan como promotor de salud que equivale al 91% significa que 67 es por su trabajo quien demanda hacer grandes recorridos de distancia en la visita

de pacientes. Es decir lo realizan porque su trabajo se los exige y no como un hábito para el auto cuidado de la salud.

Además es de hacer notar que solo el 9% de las personas que tienen otra ocupación realizan caminatas siendo muy poco practicado por el grupo poblacional.

Se identificó una población sedentaria por falta de conocimiento de los beneficios del ejercicio físico, siendo evidente la poca educación para la salud en el grupo estudiado.

Entre las principales causas de falta de ejercicio físico están los factores culturales y el machismo debido a que los compañeros de vida no dejan salir del hogar a sus señoras por celos a que les hablen otros hombres. Además influye el bajo nivel educativo, falta de espacios propicios como parques, canchas, gimnasios que estimulen su práctica.

El adquirir el hábito de ejercicio físico ayuda al mejor desempeño del funcionamiento cardiovascular, y mejora el control de los niveles de presión arterial. Los incrementos en la actividad física se asocian con disminuciones de la presión arterial y los resultados de estudio poblacionales a gran escala sugieren que el riesgo de desarrollar esta patología se reduce en un 35% a 70% en hombres y mujeres con estilos de vida activos.

Según los resultados de la investigación el género que participó mayoritariamente durante el estudio de investigación realizado en el periodo comprendido de septiembre 2013 y marzo 2,014, corresponde al sexo femenino en un 59% y el masculino al 41%, el primero se debe a ser el género que más utiliza los servicios de salud y en su mayoría por encontrarse desempleados lo que les facilitó acudir al establecimiento por tal motivo fueron quienes tuvieron mayor participación.

A diferencia del sexo masculino quienes por factores culturales, machismo y por ocupación como: corta de caña y café que coincidió con la realización de la investigación que tuvieron menor participación.

Los hombres tienen menos cultura de consultar con frecuencia los centros de salud y teniendo en cuenta que en su mayoría son los proveedores del hogar, carecen de

menos tiempo y no acuden a los servicios de salud para consultar, por lo que postergan sus problemas de salud, los cuales empeoran y en la mayoría de los casos se complican. Además delegan a sus mujeres situaciones de salud de sus hijos, por lo que la mujer se familiariza más con el sistema, y siente menos temor de consultar aumentando su confianza de acudir a los centros de salud.

En general las mujeres hasta los 50 años están de alguna manera protegidas por los estrógenos (hormonas femeninas) de sufrir un infarto cardiaco en comparación con el sexo masculino que el riesgo es mayor debido que estos niveles hormonales son más bajos. Además aunado a malos estilos de vida como uso de tabaco y alcohol, uso excesivo de sal, creencias mágicas religiosas, bajo nivel educativo, machismo, cultura entre otros.

Entre los hábitos se detectó, el consumo de tabaco en forma de cigarro del 100% de entrevistados el 24% lo consume siendo todos del sexo masculino. Pareciera ser un porcentaje bajo pero no es así ya que de 44 hombres que participaron en el estudio 26 afirmaron el consumo equivalente al 59%. Es decir más de la mitad de la población entrevistada perteneciente al sexo masculino es tabaquista.

El consumo de tabaco conlleva no solo daños perjudiciales a la persona, sino también a la sociedad, convirtiendo incluso a su familia en fumadores involuntarios, exponiendo a las mismas consecuencias nocivas a quienes se encuentren cerca.

El hábito de fumar cigarrillos afecta la economía familiar y el riesgo de enfermedades cardíacas y especialmente diferentes tipos de cáncer. Todo esto incrementa los gastos públicos en salud para el estado.

El 93% de entrevistados afirmaron el consumo de bebidas alcohólicas; todos perteneciente al sexo masculino sin diferencia en edad en años por consumo, siendo el más utilizado el "chaparro" equivalente al 51% de participantes y en segundo lugar cerveza con el 29%. La frecuencia de consumo más común fue semanal. En cuanto al consumo de cerveza un 45% afirmó su ingesta en cantidades de 1-3 cervezas consumidas ocasionalmente. La razón por la cual esta población consume

mayoritariamente el “chaparro” se debe a que es mucho más barato permitiéndoles el consumo a los pobladores quienes se dedican a la agricultura en su mayoría.

El 0% de consumo en el sexo femenino se debe a factores culturales donde en el municipio no es común el consumo de licor en el sexo femenino, por no ser bien visto por la población.

Demasiado alcohol conduce a altos niveles de triglicéridos, cáncer de hígado, obesidad y otros.

El consumo moderado de alcohol aumenta el riesgo de presentar hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas degenerativas, además trae problemas familiares como la desorganización familiar, violencia, accidentes de tránsito, gastos en salud pública, desempleo, problemas económicos, delincuencia lo que conlleva a mal calidad de vida para la persona y la sociedad.

Según los resultados de la investigación en relación al factor hereditario se obtuvo que el 81% de la población manifestó tener un familiar de primera línea que tiene diagnóstico de hipertensión arterial, en orden de frecuencia los familiares mayormente mencionados son madre, abuela y padre. Y únicamente el 19% no tiene antecedentes familiares. Constatando ser, el factor genético uno de los más importantes factores de riesgo para padecer hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad hereditaria. Si los padres tienen el diagnóstico, la persona tiene mayor riesgo que aquella que no presenta antecedentes familiares, lo que demuestra el presente estudio.

Es importante para salud pública conocer este factor de riesgo para poder hacer acciones de promoción y educación para la salud con el fin de prevenir el apareamiento de nuevos casos y evitar complicaciones en pacientes ya diagnosticados.

Se identificó con respecto a nivel educativo que un 67% de los entrevistados que son más de la mitad tienen únicamente estudios de nivel básico. Solo 2-participantes en la investigación manifestaron haber terminado estudios universitarios y el 5% es

analfabeto. Por tal razón el diagnóstico de hipertensión arterial en pacientes con dicha patología en el Municipio de San Matías es alta, debido al nivel educativo bajo lo cual hace más difícil adoptar estilos de vida saludables. Esto se ve influenciado por el bajo nivel educativo, aunado al desempleo, al bajo ingreso económico familiar lo cual dificulta la adquisición de alimentos con bajo contenido de sodio y adquisición de conocimientos para prevención de la hipertensión arterial practicando estilos de vida saludables.

También el bajo nivel educativo facilita el uso de etno prácticas en la población lo que conlleva a complicaciones a mediano y largo plazo inclusive a la muerte, debido al escaso conocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad con lo anterior se puede corroborar que dentro de las poblaciones que padecen de enfermedades crónicas se encuentran bajos niveles educativos, afirmado previamente por muchos investigadores aunado con los niveles de pobreza, falta de empleo, hacinamiento, problemas de pareja y poco poder adquisitivo son factores que en conjunto favorecen el desarrollo de la enfermedad, la educación es un factor importante para la prevención de las morbilidades, la mayoría de programas preventivos se basan principalmente en fortalecimiento de la educación.

Durante el desarrollo del estudio con respecto al uso de medicamentos se identificó que 74% de población entrevistados consumen ibuprofeno y acetaminofén en edades correspondientes a 30-60 años y mayor de la mitad corresponde al sexo femenino además de otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos como: diclofenac, “panadol” “dolofin” entre otros. En el sexo femenino la ingesta de anticonceptivos orales es del 15%. Actualmente los anticonceptivos orales tienen niveles muy bajos de hormonas, por eso es mucho menor el riesgo cardiovascular. Pero si una mujer mayor de 35 años toma anticonceptivos es fumadora o tiene otros factores de riesgo el riesgo aumenta. Pero en aquellas que no consumen anticonceptivos orales el riesgo es mucho menor.

Un 11%, de los entrevistados aseguró haber consumido “pastillas para bajar de peso” y un 12% antihistamínicos.

Es frecuente la automedicación por lo antes expuesto y además deberse a un grupo poblacional en edades mayores donde se ven afectados con enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades infecciosas que los afectan.

Además contar con un sistema de transporte público insuficiente, niveles de pobreza que les dificulta trasladarse a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del Municipio. Actualmente el municipio de San Matías solo cuenta con un equipo de salud familiar itinerante el cual hace acercamientos comunitarios en los primeros 15 días de mes en los 9 cantones del municipio (quién cubre otros municipios los días restantes de cada mes); priorizando atenciones Materno-Infantil, Planificación Familiar, Tuberculosis, Odontológicas, restando importancia a las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial.

El grupo etareo predominante diagnosticado con hipertensión arterial oscila entre 40-50 años que en conjunto representa el 53% es decir más de la mitad. Le continúa en orden de frecuencia el grupo atareo entre 50-60 años y en menor frecuencia se encontró la edad entre 30-40 años.

Predominando más la enfermedad en personas mayores, sin embargo se observa que está presente también en adultos jóvenes aunque en menor porcentaje. A medida se ganan años se desarrolla el riesgo de aumentos de presión arterial debido a que los vasos sanguíneos pierden flexibilidad con la edad aunado al sedentarismo, falta de estilos de vida saludables. Sin embargo la Hipertensión arterial cada vez se identifica en personas más jóvenes y el Municipio de San Matías no es la excepción

Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer de hipertensión arterial acompañado de complicaciones como infartos cardiacos, accidente cerebrovascular, retinopatía hipertensiva entre otros. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a enfermedades cardiacas se producen en personas hipertensas mayores de 40 años.

Importante destacar que en su mayoría los pacientes entrevistados, un 70%, se encuentran con su compañero de vida, su estado civil fue en orden de frecuencia

casados y acompañados, en menor proporción se encuentran viudo, 11 personas solteros y divorciado 1 persona.

La Familia es para el individuo un valor de alto significado, compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, también puede constituir insatisfacción, estrés y enfermedad.

El 62% de la población entrevistada convive con número de grupo familiar entre 4-7 miembros y 1.15% convive con más de 8 miembros, es decir que 71.3% de las familias se encuentran con hacinamiento; lo cual les genera más estrés, por el poco espacio, mas contagio de enfermedades y por tanto genera más morbilidad en salud, convirtiéndose en un problema en salud publica debido a que habrá población con más morbilidad lo que llevará a consultar más los servicios de salud. El 28% convive con 1-3 miembros.

Lo que define el poco acceso a una vivienda adecuada, lo cual brinda información de las condiciones de vida poco favorables para la población del municipio de San Matías.

Respecto a la alimentación de la mayoría de pacientes, es a predominio de carbohidratos y lípidos, acompañado de excesivo uso de sodio.

Está relacionado con poco poder adquisitivo debido al desempleo, pobreza, bajo nivel educativo, grupo familiar grande (4 a más miembros) y salario bajo el cual dificulta la adquisición de alimentos ricos en proteínas por tal razón su alimentación es a base de carbohidratos y lípidos.

La mayor parte de pacientes que participaron en la investigación tienen al menos un factor de riesgo clínico o epidemiológico entre los cuales pueden mencionarse: sexo femenino, edad mayor a 30 años, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, dieta rica en carbohidratos y grasas, uso excesivo de sal, estrés, consumo de tabaco y alcohol, factor genético, estrés entre otros.

VII CONCLUSIONES

- La mayoría de personas del Municipio de San Matías con Hipertensión Arterial tienen conductas modificables y perjudiciales a la salud como: sobrepeso , obesidad, ingesta de alcohol, consumo de tabaco en forma de cigarrillo, hacinamiento, estrés, sedentarismo, alimentación no balanceada entre otros que propician el apareamiento de hipertensión arterial en edades tempranas por inadecuados estilos de vida.
- La aparición de la hipertensión arterial en la población de San Matías, está íntimamente relacionada con malos hábitos en los estilos de vida modificables como sedentarismo, estrés, consumo de sodio, alcohol y tabaco, alimentación rica en carbohidratos y lípidos, bajo nivel educativo, uso de etnopracticas entre otras lo cual incrementa la incidencia de pacientes con Hipertensión Arterial lo que genera aumento del gasto público en Salud por las implicaciones asociadas.
- En los habitantes de San Matías el Factor Genético es un coadyuvante para el desarrollo de la Hipertensión Arterial, que no actúa por si sola si no acompañado con malos hábitos de la población quienes solo cuentan con educación básica, lo cual dificulta el conocimiento de buenas prácticas de auto cuidado para evitar el desarrollo de la enfermedad lo que incrementa la incidencia y esto eleva el gasto público en el Sistema de Salud.
- En el Municipio de San Matías la Hipertensión Arterial se presenta con mayor frecuencia en edades comprendidas entre 40-50 años. El sexo femenino fue el más afectado lo cual se ve influenciado por acudir más las mujeres que hombres; quienes consultan solo al encontrarse muy mal de salud y esta patología se comporta asintomática.
- La Hipertensión Arterial en pobladores de San Matías es también una enfermedad de personas jóvenes porque de la muestra estudiada se observan pacientes jóvenes hipertensos, aunque una minoría pero ya tienen diagnóstico

de Hipertensión Arterial lo que está influenciado por ciertos patrones de conducta practicados por este grupo poblacional; sumado a la presencia de otros factores de riesgo como: genética, costumbres alimenticias, sedentarismo entre otros.

- El género femenino fue el más identificado con práctica de inadecuados estilos de vida lo que permite una incidencia mucho más alta al compararlo con el sexo masculino; Esto se ve favorecido por que las mujeres se dedican al trabajo del hogar lo que facilita el sedentarismo aunado a una débil promoción y educación de estilos de vida saludables por las autoridades correspondientes, Educación, Salud , Comunicación como los medios de Televisión y radio que influyen a las personas positiva o negativamente desde la niñez a la edad adulta esto conlleva a poblaciones cada vez más enfermas y económicamente activas en número mucho menor lo que impacta la economía de las familias así como de la sociedad.
- Los aspectos socioeconómicos investigados reflejan que más de la mitad de la población con hipertensión arterial se encuentra en condiciones socioeconómicas de pobreza y con bajo nivel de estudios, lo que predispone a complicaciones de la Hipertensión Arterial por la falta de recursos económicos y carencia de adecuados conocimientos que permitan la concientización y prácticas de autocuidado correctamente de las personas del Municipio de San Matías.
- Existe una tendencia ascendente a que la enfermedad se presente a partir de la cuarta década de la vida en personas con factores predisponentes, con predominio del sexo femenino, lo cual aumenta la morbilidad y mortalidad debido a las diferentes etapas por ciclo de vida lo cual ocasiona mayor gasto público en salud por incremento en estancia hospitalaria, compra de más y mejores medicamentos.

VIII RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD:

1. Incrementar las acciones de atención primaria en Salud relacionada con la hipertensión arterial por medio de las autoridades correspondientes del Ministerio de Salud a través de sus dependencias: Región Central de Salud, SIBASI La Libertad y las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar en el área geográfica de responsabilidad.
2. Capacitar por Especialistas de Medicina Interna previa gestión de Región de Salud Central y SIBASI La Libertad al personal médico sobre el diagnóstico y manejo de la enfermedad.
3. Realizar estudio a nivel nacional y en poblaciones por grupos etareos para definir la frecuencia de hipertensión arterial tal como se ha realizado en otros países de América Latina, Estados Unidos, Canadá y Europa.
4. En los nuevos Equipos Comunitarios de Salud Familiar, se incorpore educación para la salud, para que se brinde mayor educación fomentando el autocuidado en pacientes diagnosticados con la enfermedad y a la población sana.
5. Mejorar el criterio de abordaje integral de estos pacientes realizando capacitaciones por parte del segundo y tercer nivel de atención a los niveles locales sobre el manejo adecuado de los antihipertensivos, en la red primaria de atención.

A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Matías:

1. Activar acciones de educación para la salud a través de la intervención del equipo comunitario de salud familiar con participación comunitaria e intervenir en el control de peso corporal disminuyendo la obesidad, incrementar la actividad física, disminuyendo el sedentarismo, disminuir la ingesta de sal con educación nutricional, eliminación del hábito de fumar en nuestra comunidad.

2. Desarrollar a nivel local programas de promoción de la salud enfatizando en la modificación de los estilos de vida mediante una adecuada intervención sobre los mismos para un mejor control de la enfermedad.
3. Realizar en la unidad comunitaria de salud campañas de toma de presión arterial en la población para detección temprana, hacer acciones de promoción en salud en toda la población con el fin de disminuir la incidencia de la enfermedad al practicar estilos de vida saludables.
4. Crear un club de hipertensos, que este integrado por este grupo y se integren los nuevos diagnosticados incrementando promoción de estilos de vida saludables con el fin de concientizar al paciente sobre medicación, estilos de vida saludables y educación para la salud lo cual se hará con el objetivo de disminuir las complicaciones a largo o temprano plazo que puede provocar la patología.

A la Universidad de El Salvador:

1. Fortalecer la capacidad técnica del profesional de la Salud a través del conocimiento y prácticas adquiridas durante la formación académica universitaria para la detección temprana y la intervención sobre los factores de riesgo modificables especialmente en la población más susceptible, promoviendo estilos de vida Saludables y diagnóstico y tratamiento adecuado.

IX BIBLIOGRAFÍA

- 1-Harrison Principios de Medicina Interna, 17ª Edición, Editorial McGraw Hill, México 2008
- 2- <http://Medicosgeneralescolombianos.com>
- 3- Reportes epidemiológicos diarios de UCSFI San Matías. La Libertad 2013.
- 4- Organización panamericana de la salud La Salud en las Américas; Volumen I edición 2002 página 356
- 5- Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mcphee; Maxine A. Papadakis. Diagnostico clínica y tratamiento, 39a Edición. México, Df, Manual moderna 2004; Página 399.
- 6-Consenso Latinoamericano Sobre Hipertensión Arterial.
- 7-www.sac.org.ar/sociedades/cclatam_hta.pdf.
- 8- SALVADOR ZUBIRAN; Manual de terapéutica médica y procedimientos 5ª edición, año 200 págs. 52-55.
- 9- <http://siis.salud.gob.sv/MINSAL> 2,013.
- 10- <http://seps2.salud.gob.sv/> 2,013.
- 11- <http://www.tension-arterial.com/tag/oms>
- 12- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23006731>
- 13- <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=39321>
- 14- boletín Escuela de medicina U: C Pontifica Universidad Católica de Chile Vol. 32 N02 2007.
15. Comisión sedentarismo-Sociedad Argentina De Cardiología
- 16- [Htt://www.sac.org.ar/files/files/sedentarismo.pdf](http://www.sac.org.ar/files/files/sedentarismo.pdf)
- 17- El nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular, Hospital Clínic, Estrada D., Jiménez L., Pujol E., De la Sierra 28/10/2013.
17. Hernández Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2da Edición. Editorial McGraw Hill. México, 1998.

- 18- Revista cubana de medicina General Integral versión On-line ISSN1561-3038v.15 n.1 Ciudad de la habana enero- Febrero 1999.
- 19- Nueva clasificación de hipertensión arterial según E1 JNC-VII
- 20- <http://www.intermedicina.com/Avances/clinica/ACL74.htm>.
- 21- OMS ¿Es la hipertensión un problema frecuente?
- 22- <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- 23- Sosa J. Programa Nacional de Hipertensión Arterial en el J. Programa Nacional de Hipertensión Arterial en el IPSS. Hipertensión (Perú) 1995; 1(3):138-40.
24. Guemez J, Alba A, Argote A, Méndez R, Moreno L. Relaciones entre peso, edad y tensión arterial en población mexicana. Arch Inst Cardiol Mex 1992; 62: 171-7.
25. Sokolow M. Cardiología Clínica. 3º edición. México: Edit. El Manual Moderno, 1998.
26. Morales G. Definición y criterios de clasificación de la hipertensión arterial. Guías de tratamiento de la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión. Hipertensión (Perú)1995;1(2):41-50.
27. Evans R. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica coronaria. Rev Per Epidem1990;3:25-34.
28. Oliveros J. Prevalencia de HTA en Lambayeque. Hipertensión (Perú) 1997; 3(3).
29. Soto Cáceres V, Alberca B L, Colchado J. Prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo. Libro de Resúmenes IX Congreso Nacional de Medicina InternaLima1996.
30. Alberca BL, Soto Cáceres V, Colchado J. Hipertensión arterial en población asegurada de la ciudad de Chiclayo. Libro de Resúmenes IX Congreso Nacional de Medicina InternaLima1996.
31. Samamé ZL, Gonzáles CL. Prevalencia de hipertensión arterial en Monsefú. Tesis (Médico Cirujano) Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, 1996.
32. Cañizares J. Hipertensión: Un tema siempre actual. Hexágono 1992; 1(2): 5-12.
33. Sánchez Palacios P. Hipertensión arterial. VI Reporte del Comité Nacional

Conjunto de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América. Innovartis 1998;1:25-50.

34. IPSS. Hipertensión arterial: Nuevos horizontes. Bol Terap IPSS 1993; 2(22): 1-2.

35. De los Arcos E. Hipertensión arterial. Bol Serv Cardiol Hosp Navarro España 1997;21(1).

36. IPSS. Protocolo de Hipertensión Arterial. Lima, 1998-

37. Oficina de Epidemiología y Programas. Boletín Epidemiológico Anual 1999 Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" Essalud. Mayo 2000.

38. Soto Cáceres V. Factores asociados al abandono de pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" IPSS Chiclayo. Libro de Resúmenes IX Congreso Nacional de Medicina Interna, Lima 1998.

39. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report (JNC VI). Arch Intern Med 1997; 157: 2413-46.

40. WHO. 1999 World Health Organization International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. J Hypert 1999; 17:151-83.

41. Paredes JA, Sanz MG, Bottazi AR, Murillo VR, Anci TM. Estudio clínico epidemiológico de la hipertensión arterial en el Hospital Regional "Honorio Delgado", Arequipa-Perú. Hipertensión (Perú) 1997; 3(3).

42. Flores TR, Rivas VJ. Prevalencia de diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, como factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en la población adulta del distrito de Chiclayo. Febrero-Abril 1995. Tesis (Medico Cirujano) Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Lambayeque, 1995.

Anexos



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES DE 30 - 60 AÑOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE SAN MATÍAS DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD. SEPTIEMBRE 2013 A MARZO 2014.

Objetivo de la entrevista: Obtener información de tema en estudio de población entrevistada.

Entrevistador/a: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Buenos días/tardes: Estamos haciendo una entrevista para identificar qué factores de su vida pueden predisponerlo a presentar Hipertensión Arterial.

Indicaciones de Llenado para el entrevistador: Favor leer detenidamente las preguntas y colocar un cheque las posibles respuestas según corresponda la indicación. Usar lápiz y hacerlo en lugar privado.

Datos Generales:

Sexo: M [] F [] Procedencia U [] R []

Estado civil: Soltero [] Casado [] Acompañado [] Viudo [] Divorciado []

Edad: 30-40 años [] 40-50 años [] 50-60 años. []

Talla: _____ Peso: _____

- 1. ¿Hasta qué grado ha estudiado? a. 1er Ciclo [] b. 2do. Ciclo. [] c. 3er Ciclo []
d. Bachillerato [] e. Universitario [] f. Universitario incompleto [] g. Técnico []
h. Técnico incompleto [] i. Ninguno []

2. ¿Cuál es su Ocupación?: _____

3. ¿Cuántas personas viven en su casa? a. 1-3 personas b. 4-7 personas
c. 8 a más personas

4. ¿Qué Problemas le producen estrés o alteración de los nervios a Usted?:
Familiares: Trabajo Sociales Económicos

4.1 Especifique: _____

5. ¿Cuál es su ingreso promedio? a. menor del salario mínimo b. un salario mínimo
c. mayor que un salario mínimo

6. ¿En su grupo familiar quién padece de Hipertensión Arterial?

Padres: Madre Padre Tíos: Tía: Tío:

Abuelos: Abuelo Abuela: Primos: Prima Primo:

Ningún pariente es Hipertenso:

7. ¿Usted le añade sal a la comida ya servida? a. Si b. No

8. ¿Cuál es la Sal que utiliza en su mesa?

Sal Normal: Sal Baja en Sodio:

9. ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia en su alimentación? _____

10. ¿Cuáles de los siguientes alimentos consume Usted Semanal?

Pescado Seco Gaseosa Alimentos enlatados Frituras

Carne Oreada Pupusas Tamales Comida Rápida

11. ¿Cuáles de los siguientes alimentos consume Usted Mensual?

Pescado Seco Gaseosa Alimentos enlatados Frituras

Carne Oreada Pupusas Tamales Comida Rápida

12. ¿Usted practica ejercicio físico? a. Si b. No

13. ¿Cuántas veces a la semana práctica ejercicio físico? a. 1 vez a la semana

- b. Dos veces a la semana c. Tres veces a la semana d. Todos los días
14. ¿Qué tipo de ejercicio realiza? a. Fútbol b. Basquetbol c. Natación
d. Aeróbicos e. Caminatas f. Pesas
15. ¿Usted Fuma? a. Si b. No
16. ¿Cuántos Cigarrillos fuma en el día? a. 1-5 cigarrillos al día
b. 6-10 cigarrillos al día c. 10-20 cigarrillos al día d. Más de 20 cigarrillos al día
17. ¿Usted Toma licor o Cerveza? 1. Si 2. No
- 17.1 Especifique: Cerveza: VODKA Chaparro WHISKY
- 17.2 Frecuencia: Diaria Semanal Mensual Anual Ocasional
- 17.3 ¿En caso de ser cerveza cuanto consume? a. 1-3 cervezas b. 4-10 cervezas
c. Más de diez cervezas
- 17.4 Con qué frecuencia Diaria Semanal Mensual Anual Ocasional
18. ¿Consumió alguno de los medicamentos siguiente antes de ser diagnosticado con Hipertensión Arterial?
- Loratadina Ibuprofeno Anticonceptivos orales
Clorfeniramina Acetaminofen Diclofenac Dolofin
Pastillas para bajar de peso Ergotamina Panadol compuesto
- 18.1 ¿Frecuencia con que los consumía? Diaria Semanal Mensual
19. ¿Consumió alguno de los medicamentos naturales antes de ser diagnosticado con Hipertensión Arterial?
- Té de naranja agria Toma Ginseng
Té de hierba de San Juan Otros Cual: _____
-
- 19.1 ¿Frecuencia con que los consumía? Diaria Semanal Mensual Ocasional
20. ¿Consumió algún medicamento no descrito acá antes de ser diagnosticado con Hipertensión Arterial?: Si No
- 20.1 Especifique: _____
- 20.2 ¿Frecuencia con que los consumía? Diaria Semanal
Mensual Ocasional



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



GUÍA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL.

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES DE 30 - 60 AÑOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE SAN MATÍAS DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD. SEPTIEMBRE 2013 A MARZO 2014.

Objetivo de la revisión documental: Obtener información general de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial con el fin de tomarlos en cuenta en la participación de la presente investigación.

Nombre de quién realizó la revisión documental: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Datos Generales de paciente:

Nombre completo: _____

Expediente Clínico: _____

Dirección de residencia: _____

Sexo: M F

Procedencia U R

Edad: 30-40años 40-50años 50-60 años.

Talla: _____ Peso: _____. Índice de Masa Corporal _____

Fecha de último control: _____

Estado civil: Soltero Casado Acompañado Viudo Divorciado