UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERIA

U. N. A. M.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
JEFATURA DE CARRERA DE ENFERMERIA

"PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL E IMPACTO DE LA PROMOCION A LA SALUD EN LOS HABITANTES DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857 EN EL AÑO 2003"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA

P R E S E N T A

DAVID ANGEL MOCTEZUMA HERRERA

Unidad en la Diversidad:
Zaragoza Frente al Siglo XXI

MARZO 2005

M343536

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSÁSTEGUI
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Comunico a usted que la **Prueba escrita** en la modalidad TESIS de la(el) C. DAVID ANGEL MOCTEZUMA HERRERA con número de cuenta 095159137 de la carrera **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** ha sido revisado y tiene el visto bueno de los integrantes del Jurado:

PRESIDENTE
MTRA. IRENE LOO MORALES

VOCAL
LIC. GERARDO CHAVEZ

SECRETARIO
LIC. SOCORRO CORONA MARTINEZ

SUPLENTE
M. C. ARMANDO GALINDEZ BUSTOS

SUPLENTE
LIC. BELINDA DE LA PEÑA LEON

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA ENFERMERIA

C.c.p. Secretaria Técnica de la Carrera

MAXI*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
P r e s e n t e

Con respecto a la Prueba escrita modalidad T E S I S preparada por la(el) alumna(o) DAVID ANGEL MOCTEZUMA HERRERA con número de cuenta 095159137 de la carrera de **Licenciado en Enfermería**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 20 de enero de 2005

PRESIDENTE

MTRA. IRENE LOO MORALES

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA SECRETARIA ENFERMERIA

aoa

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: David Angel Moctezuma Herrera.
FECHA: 26-04-05
FIRMA:

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
P r e s e n t e

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS

preparada por la(el) alumna(o) DAVID ANGEL MOCTEZUMA HERRERA

con número de cuenta 095159137 de la carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi VOTO DE ACEPTACION, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 20 enero de 2005.

V O C A L

LIC. GERARDO CHAVEZ ZARAGOZA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA

maxi*

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
P r e s e n t e

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) DAVID ANGEL MOCTEZUMA HERRERA
con número de cuenta 095159137 de la carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi VOTO DE ACEPTACION, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 20 de enero del 2005.

S E C R E T A R I O

Socorro Corona

LIC. SOCORRO CORONA MARTINEZ

maxi*

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
P r e s e n t e

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) DAVID ANGEL MOCTEZUMA HERRERA
con número de cuenta 095159137 de la carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi VOTO DE ACEPTACION, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 20 de enero del 2005.

S U P L E N T E

M. C. ALFREDO GALIMDEZ BUSTOS

maxi*

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
P r e s e n t e

Con respecto a la Prueba escrita modalidad TESIS
preparada por la(el) alumna(o) DAVID ANGEL MOCTEZUMA HERRERA
con número de cuenta 095159137 de la carrera de Licenciado en Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi VOTO DE ACEPTACION, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 20 de enero del 2005.

S U P L E N T E

LIC. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SECRETARIA TÉCNICA
ENFERMERÍA

maxi*

DEDICATORIA:

" SOMOS QUIENES SOMOS. MAS POR LAS
ELECCIONES QUE HEMOS HECHO A
LO LARGO DE NUESTRAS VIDAS ".

CON CARIÑO PARA MI HIJO **OCELOTL** ;
QUIEN HA ORIGINADO UN CAMBIO
RADICAL EN MI ORGULLO.

A MI ESPOSA, FAMILIA Y PROFESORES,
TODA SU PACIENCIA

INDICE.

1.Introducción.----------4

2.Antecedentes.----------5

3.Marco Teórico.

3.1 Capitulo 1

3.1.1 Definición de Hipertensión arterial (HTA)---------- 7
3.1.2.Clasificación de HTA.---------- 7
3.1.3 Regulación fisiológica de la presión arterial.---------- 8
3.1.4 Etiopatogenia de la HTA.----------11
3.1.5 Agentes antihipertensivos.----------15
3.1.6 Complicaciones.----------16
3.1.6.1. Crónicas.----------16
3.1.6.2.Agudas.----------17

3.2 .Capitulo 2

3.2.1 Promoción a la salud.----------20
3.2.2 Epidemiología de la hipertensión arterial y Promocion a la salud en México.--------21
3.2.3 Prevención primaria de la hipertensión arterial.----------23
3.2.3.1 Factores de riesgo----------23
3.2.4 Prevención secundaria de la hipertensión arterial----------26
3.2.4.1 Diagnostico Precoz.----------26
3.2.4.2 Tratamiento Oportuno----------27
3.2.5 Metas del tratamiento y factores asociados a la falta de cumplimiento.----------31

4.Procedimiento.

4.1. Planteamiento del problema.----------32

4.2.Objetivos.

4.2..1 Objetivo general.----------33
4.2..2 Objetivos específicos.----------33

4.3. Hipótesis.----------34
4.4.Material y Métodos.----------35

4.4.1 Definición Operacional de las variables.

4.4.1.1 Variable Dependiente.----------35
4.4.1.2.Variable independiente.----------36
4.4.1.3.Operacionalización de las variables----------38
4.4.2. Población y muestra.----------39

4.4.2.1 Criterios de inclusión.----------39
4.4.2.2 Criterios de exclusión.----------39

4.4.3. Metodología----------40

4.4.4.Limites.----------41

4.4.4.1 Tiempo.
4.4.4.2 Lugar.
4.4.4.3 Espacio.

4.4.5. Recursos.----------41

4.4..5.1 Físicos.
4.4..5.2 Humanos.
4.4..5.3 Materiales.
4.4.5.4 Financieros.

5.Resultados.
5.1 primera fase----------42
5.2 segunda fase----------50

6.Discusión.----------56

7.Análisis de las variables.----------58

8.Conclusiones.----------59

9.Recomendaciones.----------60

10. Referencias Bibliografías.----------61

11.Anexos.----------63

1.INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las patologías con mayor prevalencia en México y afecta a casi un tercio de la población general. Esta relación aumenta de manera directamente proporcional a la edad de los pacientes. Sin embargo, su carácter silencioso hace que su detección sea difícil y que más del 60% de las personas que la padecen no estén conscientes de ello[1].

Agravando esta situación, menos de la mitad de los hipertensos en México reciben tratamiento farmacológico y de estos solo un 23% alcanza las metas de un tratamiento exitoso[1]. Esto es especialmente importante debido a que la reducción en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares esta asociada con el cumplimiento de estas metas.

Una de las principales es la falta de seguimiento estricto de las indicaciones y prescripciones medicas así como la deficiente adopción de hábitos que mejoren el estilo de vida y contribuyan a prevenir la HTA.

Las razones por las que estas personas no mantienen estilos de vida saludables, son factores inherentes al individuo, (como su edad, sexo, tiempo del tratamiento, entre otros) a su entorno y a los sistemas de salud.

Esta investigación tiene como objetivo determinar como la promoción a la salud y capacitación para el autocuidado pueden contribuir a que las personas preserven estilos de vida saludables para prevenir la HTA y sus complicaciones en etapas màs tempranas de la vida.

2. ANTECEDENTES

de la promoción a la salud es el reconocimiento que los más importantes determinantes de la salud, están fuera del contexto de atención médica y del sector salud propiamente dicho. En la filosofía Helénica clásica, la salud era concebida como la perfecta armonía entre el espíritu y el cuerpo; la actitud social hacia la salud se reflejaba en 2 practicas diferentes, pero complementarias, la curación del enfermo y la procuración de la salud[2]. La revolución industrial en Europa, fue definitiva para ligar las pésimas condiciones de vida con la imposibilidad de conseguir una vida sana, surgiendo así los primeros conceptos de Medicina social.[2] Según Milton Terris (1992), el término "promoción a la salud" se utilizo por primera vez en 1945 cuando se afirmo que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes". Surge luego, la conocida definición de salud de la OMS y la consecuente identificación de la salud como "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o afección.[2]

Así, la salud esta profundamente influida por variables sociales; y a lo largo del tiempo se han desarrollado modelos para describir los determinantes de la salud. El modelo ecológico con su tríada, agente, huésped, y medio ambiente se origino a finales del siglo XIX, en un momento en que las enfermedades infecciosas eran las principales causas de enfermedad y muerte en los países desarrollados. A lo largo del siglo XX, estos países han experimentado un cambio en el patrón de enfermar y morir; este cambio llamado "Transición Epidemiológica" consiste en la sustitución de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, el cáncer, etc. Por ello, pareció razonable adoptar un nuevo modelo, más amplio e integrador, que incorpora en forma más explicita los determinantes de estas enfermedades.[3] Este modelo, denominando Lalonde (1974, Canadá) hace un llamado de atención respecto a que la salud de las personas, (ampliada al campo de salud) esta influenciada por un amplio espectro de factores: biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención ala salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población.

La promoción a la salud, se convierte en una estrategia que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas de salud. El enfoque de la promoción a la salud representa un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, y la capacidad de elección sobre la adopción de estilos de vida saludables.[4] En cuanto a la hipertensión arterial, por ser una enfermedad que ha surgido en esta nueva "Transición epidemiológica", y tomando en cuenta que es una entidad multifactorial, y la magnitud del problema por su gran incidencia y prevalencía, nos obliga a relacionarla fuertemente con la promoción a la salud, puesto que diversos estudios han encontrado los muy variados factores etiológicos, pero aun no se ha determinado la forma en que cada uno de ellos y en su conjunto dirige la enfermedad.

En las ultimas décadas el tratamiento farmacologico de la hipertension arterial se ha visto enriquecido con nuevos grupos de medicamentos y con la adición de más conocimientos de los agentes más antiguos. Esto ha permitido que se mejore la tolerabilidad a los mismos abriendo la posibilidad de incrementar el número de pacientes controlados y la calidad de vida de los mismos.

Paradójicamente en México, la mitad de los pacientes que se conocen como hipertensos reciben tratamientos farmacológicos, y de estos solo 23% alcanza las metas de un tratamiento exitoso. [5]

Existe una serie de factores que están impidiendo que los beneficios del tratamiento antihipertensivo se extiendan a un número mayor de sujetos, entre ellos se encuentra la deficiente educación y promoción para la salud, la falta de apego al tratamiento no farmacológico (modificación de hábitos) y farmacológico (medicamentoso) de la hipertensión, posible por muy variadas causas susceptibles de investigación.

3.MARCO TEORICO.

3.1.CAPITULO 1.

3.1.1. DEFINCION DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

La hipertensión arterial, o presión sanguínea anormalmente alta, es la enfermedad más común del corazón y vasos sanguíneos. Por lo común, se considera que los valores de 130/90 mm Hg. y otros más altos constituyen el umbral de la hipertensión.[6]

3.1.2 CLASIFICACION:

La HTA puede dividirse primeramente en primaria o secundaria. La HAS, primaria o esencial es aquella en la que se desconoce la causa y representa el 90 y 95% de todos los casos. La HTA secundaria es debida a un factor etiológico conocido (enfermedad renal, endocrina, ingesta de fármacos, etc).[7]

Las HAS se clasifica clínicamente de la siguiente forma:

Presión arterial óptima : <120/80 mm Hg.
Presión arterial normal: 120-129/80-84 mm Hg.
Presión arterial normal alta: 130-139/85-89 mm Hg.

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/90-99 mm Hg.
Etapa 2: 160-179/100-109 mm Hg.
Etapa 3: >180/>110 mm Hg. [8]

3.1.3 REGULACIÓN FISIOLÓGICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

Las dos fuerzas fisiológicas que determinan la presión arterial son el gasto cardiaco y la resistencia vascular al flujo de sangre(resistencias periféricas).

La cantidad de sangre que impulsa el corazón (gasto cardiaco) depende del volumen sistólico del ventrículo izquierdo y de la frecuencia cardiaca. Por tanto sobre el gasto cardíaco influirán el retorno venoso, la estimulación simpática, la estimulación vagal y la fuerza del miocardio.

La resistencia vascular al flujo de sangre depende sobre todo del diámetro inferior del vaso, y son precisamente las arterias y arteriolas, las que ofrecen mayor resistencia.

La vasoconstricción periférica depende del tono del músculo liso vascular, delos metabolitos locales (ácido láctico, potasio, Co3, etc), que modifican el flujo sanguíneo según las necesidades metabólicas de los sistemas hormonales propios de la pared vascular (prostaglandinas, sistema calicreina-bradicinina, sistema renina-angiotensina, histamina serotonina, oxido nítrico, endotelina, etc) y de las hormonas sistémicas circulantes (sistema renina-angiotensina, catecolaminas, etc) y del sistema nervioso autónomo, tanto el adrenergico (vasoconstrictor y vasodilatador) como el colinergico.[9]

Los principales sistemas de control que mantienen la presión arterial en limites normales son: barorreceptores arteriales, el metabolismo hidrosalino, el sistema renina-angiotensina y la autorregulación vascular.

Los barorreceptores, (receptores de presión) están presentes en las arteriolas y en la pared de los senos carotideo y aórticos, por un lado envían impulsos al centro cardiaco, mismos que dan por resultado aumento o disminución del gasto cardíaco y participan en la regulación de la presión sanguínea; por ejemplo en presencia de aumento en la presión sanguínea, los barorreceptores estimulan el centro cardioinhibidor e inhiben el cardioacelerador. El resultado de esto es disminución del gasto cardiaco y la presión sanguínea. Además los barorreceptores envían impulsos al centro vasomotor, que responde disminuyendo la estimulación simpática de las arteriolas, con lo que ocurre su

vasodilatación y disminuye la presión sanguínea. Cuando esta ultima es menor que la normal, los receptores en cuestión inhiben el centro cardioinhibidor y estimula al cardioacelerador, con lo que se incrementan el gasto cardíaco y la presión sanguínea. Por añadidura, envían impulsos al centro vasomotor, que aumenta la estimulación simpática arteriolar con lo que surge vasoconstricción e incremento de la presión sanguínea.[10]

El metabolismo hidrosalino; se regula mediante varias hormonas, la primera de ellas es la hormona antidiurética (ADH), su principal acción es su efecto en el volumen de orina. La ADH hace que los riñones extraigan agua de la orina en formación y la regresen al torrente sanguíneo, con lo que se reduce el volumen de orina. Esto implica un aumento en la permeabilidad de la membrana plasmática de las células renales encargadas de la reabsorción del agua, en ausencia de ADH la producción de orina llega a incrementar hasta diez veces.

La ADH también aumenta la presión sanguínea por constricción de las arteriolas, razón por la que también se le denomina vasopresina. Cuando hay hipovolemia y conforme cambia la proporción entre sodio y agua ciertos osmorreceptores detectan baja concentración del agua en el plasma y estimulan la síntesis de ADH que actúan principalmente con disminución del gasto urinario, de modo que se conserva el agua aumentando la presión sanguínea; en contraste, si la sangre contiene más agua de lo normal, se interrumpe la secreción de ADH y los riñones producen mas orina que lo normal, de modo que el volumen de los líquidos corporales regresa a lo normal disminuyendo la presión sanguínea. [10]

La otra hormona es la aldosterona, secretada por la corteza suprarrenal; esta actúa en las células de los tùbulos renales y hace que aumente la reabsorción de iones sodio, es decir que se extraigan de la orina en formación y regresen a la sangre .

De tal suerte, la aldosterona evita que disminuya rápidamente la natremia, por otra parte reduce la reabsorción de potasio, por lo que aumenta su excreción en la orina. En resumen, la aldosterona provoca excreción de iones potasio y reabsorción de iones sodio, dando lugar a la retención de agua y sodio, cloro y bicarbonato. El aumento de concentración de iones potasio en el liquido intracelular estimula la secreción de aldosterona, y está se inhibe al haber mayor concentración extracelular de iones potasio.

La regulación de aldosterona es compleja e incluye diversos mecanismos. Uno de éstos es el de renina-angiotensina; la disminución en el volumen sanguíneo hace que se reduzca la presión sanguínea, lo que estimula la secreción de la enzima renina por el riñón, la renina convierte el angiotensinogeno, proteína plasmática de origen hepático en angiotensina I, que a su vez se transforma en angiotensina II como resultado de la acción de una enzima plasmática en los pulmones. La angiotensina II estimula la producción de aldosterona por parte de la corteza suprarrenal, provocando aumento en la reabsorción de iones sodio y agua, lo que causa incremento en el volumen de los líquidos extracelulares y la restauración de la normopresión sanguínea, debido además a que la angiotensina II es un vasoconstrictor potente.

El ultimo de los mecanismos que reviste gran importancia, es la autorregulación, se refiere a un ajuste local y automático de flujo sanguíneo en una región corporal dada, como respuesta a las necesidades particulares de los tejidos del área inmediata; esto se hace a través de la respuesta de déficit de oxígeno, donde las células del área hipòxica, producen y liberan sustancias vasodilatadoras (iones potasio, hidrógeno, bióxido de carbono, ácido láctico y adenosina). Una vez liberadas estas sustancias producen dilatación arteriolar local y relajación de los esfínteres precapilares, lo que disminuye la presión sanguínea local y aumenta el flujo sanguíneo a los tejidos hipoxicos.[10]

3.1.4 ETIOPATOGENIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

La hipertensión arterial sistémica (HAS) o primaria, catalogada así precisamente porque no hay un mecanismo causal único, es considerada como una secuencia de elementos causales; la coexistencia de varios factores de riesgo aumenta exponencialmente el riesgo a desarrollar HTA. Se menciona acontinuación los factores de riesgo, y la forma en que cada uno de ellos condiciona la aparición de HTA.

Para que se desarrolle el síndrome hipertensivo debe haber primero una predisposición genética puesto que se ha encontrado rasgos hereditarios que involucran al sistema renina angiotensina, a la actividad adrenèrgica, al manejo renal de la sal, al transporte cationico entre otros en la génesis de la enfermedad.[11] Otro factor es la edad, ya que la frecuencia de HTA incrementa conforme aumenta la edad, más de el 50% de los mayores de 60 años padece algún grado de HTA. El sexo masculino también es un predisponente,aunque apartir de los 50 años el riesgo es el mismo para ambos sexos. Los factores antes mencionados no son modificables; pero existen otros que su pueden modificarse con la adopción de hábitos saludables ente ellos encontramos los siguientes.

La ingestión excesiva de sal:

Es un factor externo muy importante, siendo mecanismo básico la incapacidad relativa del riñón para manejar el exceso de sal; esta incapacidad depende de una ingestión muy elevada (clásica de las sociedades modernas) que provoca una tendencia al aumento de volumen plasmático lo que decrece la actividad del eje renina-angiotensina-aldosterona y aumenta la producción del péptico nitrauretico auricular y del factor parecido a la ouabaìna (OLF). La secreción de esta substancia por la médula suprarrenal es proporcional al grado de expansión plasmática. El OLF, como la ouabaìna, actúa inhibiendo la bomba de Na + K + ATP asa de los miocitos vasculares, (no de los cardíacos) lo que aumenta el Na^{+} y el Ca^{++} intracitosòlico, el tono venoso y arterial, y la presión arterial.[11]

Al elevarse la presión arterial aumenta la filtración glomerular y la excreción de sodio; este fenómeno conocido como natriauresis de presión mantiene el equilibrio entre la ingestión y la excreción en condiciones normales, pero puede ser el origen de la hipertensión en individuos con mecanismos defectuosos de excreción renal.

El estrés :

Aumentado hoy en día por las constantes demandas laborales o exigencias familiares, provoca en las personas una mayor producción de noradrenalina, si el proceso se hace crónico, esta substancia vasoconstrictora produce hipertrofia o hiperplasia de los miocitos vasculares y la distrofia de su matriz extracelular; este crecimiento concéntrico de la pared arterial reduce el radio y eleva la resistencia arterial, siendo este elemento estructural el mecanismo que sostiene y agrava el proceso hipertensivo.[11]

El estrés destaca su importancia para desencadenar el proceso hipertensivo; a través del sistema RAA considerado en la génesis de la HAS por lo menos por tres posibles mecanismos de hipertensión; el primero son las anormalidades hidroelectrolicas ya referidas (el riñón no modulador que sigue produciendo cantidades anormales de renina en presencia de sobre carga de Na+); el segundo se refiere a la hiperactividad de los sistemas renina-angiotensina extrarrenales; y el tercero explicaría la HAS por anormalidades genéticas del crecimiento vascular dependiente de angiotensina II.[11]

El sobrepeso y la obesidad .

Tienen también un mecanismo inductor de HTA, puesto que se ha demostrado una relación entre el aumento de la presión arterial en función del índice de masa corporal (IMC). Se considera que este permite una estimación del sobrepeso; el IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la talla del sujeto al cuadrado. Se considera sobrepeso cuando el IMC es de 25 a 30, obesidad cuando es de 30 a 35, y obesidad excesiva cuando el IMC es mayor de 35 [12].

El riesgo a desarrollar HTA aumenta hasta tres veces en personas con obesidad excesiva (IMC de 37), hasta dos veces con obesidad moderada (IMC de 32),y en un 60% en las personas con obesidad leve (IMC de 25). En las personas obesas las variaciones de la resistencia vascular y de la función cardiaca necesarias para compensar el aumento del flujo sanguíneo contribuyen a la elevación de la presión arterial; además en las personas obesas hay un aumento en la concentración de insulina, que incrementa la reabsorción de sodio por el tubulo renal.[12]

Las personas obesas presentan aumento del riesgo de muerte por padecimientos cardiovasculares, que puede atribuirse a varios factores; el primero es una disminución del nivel de lipoproteínas de alta densidad (HDL), que acompaña la resistencia de insulina y obesidad; en segundo lugar esta aumentada la concentración del inhibidor-1 del activador del plasminogeno (PAI-1), factor que reduce la coagulación en el interior de los vasos sanguíneos.[13]

El sedentarismo contribuye aumentando el riesgo de HTA.

La actividad física regular ha sido establecida como benéfica por su efecto cardioprotector, influye directamente en la presión arterial, puesto que aun con actividad leve disminuye la presión arterial en 6 o 7 mmHg, además es un medio que coadyuva en la reducción ponderal, por ultimo ayuda a romper el ciclo de inactividad física, baja autoestima y alimentación excesiva característica de muchos de estos pacientes.[13]

El Alcohol.

En un consumo regular por su acción vasoconstrictora a través de la actividad simpática y el eje renina-angiotensina-aldosterona es responsable de contribuir en un 25-30% de los casos de HTA.[14]

El tabaquismo.

Es un factor de indudable importancia, puesto que este hábito se ha extendido en nuestros días por bombardeos publicitarios. Los mecanismos a través de los cuales el tabaquismo condiciona el desarrollo de HTA son múltiples; entre ellos el aumento del fibrinogeno plasmático, incremento de la adhesividad plaquetaria, vasoconstricción generalizada (incluyendo disminución del flujo sanguíneo cerebral), ateroesclerosis prematura, alteraciones de los factores hemorreológicos y desarrollo de poliglobulia.

El riesgo de un accidente vascular cerebral aumenta hasta tres veces en fumadores en comparación con los que no lo son; y el riesgo aumenta hasta 20 veces en fumadores portadores de HTA. Es por ello la importancia de eliminar este habito negativo, además que representa el factor de riesgo con el más bajo costo de implementación.[14]

Es una enfermedad que afecta la micro y macrovasculatura en diferentes órganos, por lo que la diabetes por si misma aumenta el riesgo de desarrollar HTA.

La hipertensión arterial en personas con diabetes se debe al incremento inapropiado de la resistencia vascular periférica total.La alta resistencia vascular es resultado de los cambios estructurales y funcionales en la vasculatura, llegando hasta la menor extensión y la mayor viscosidad sanguínea.

Casi 70% de los pacientes con Diabetes tipo 2 son hipertensos. Tambien se estima que de el 35 al 75 % de las complicaciones diabéticas se atribuyen a la hipertensión. La enfermedad renal que se desarrolla en 10 a 40 % de los pacientes con Diabetes tipo 2, contribuye en parte a la hipertensión.[15]

3.1.5 AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS

Clase y medicamentos	Dosis Inicial	Dosis de mantenimiento	Frecuencia
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II			
Captopril	12.5mg	12.5-50 mg	C/8-12 hrs.
Enalapril	2.5mg	2.5-20mg	C/12 hrs.
Lisinoprol	20 mg	20-40 mg	Una vez al día
Quinapril	10 mg	10-80 mg	C/12-24 hrs.
Ramipril	2.1 mg	2.5-20 mg	C/12-24 hrs.
Fosinopril	10 mg	10-40 mg	Una vez al día
Moexipril	7.5 mg	7.5-30 mg	C/12-24 hrs
Trandolapril	1 mg	1-8 mg	C/12-24 hrs
Antagonistas del receptor de angiotensina			
Losartàn	50mg	50-100 mg	Una o dos veces al día
Valsartàn	80mg	80-320mg	Una vez al día
Irbesartàn	150mg	150-300mg	Una vez al día
Candesatàn	8mg	8-32 mg	Una vez al día
Telmisartàn	40 mg	40-80 mg	Una vez al día
Bloqueadoresdel canal de calcio			
Dihidropriridina			
Nifedipina	30mg	30-90mg	Una vez al día
Amlodipina	5mg	5-10mg	Una vez al día
Nicardipina	10mg	10-30mg	C/8hrs
Irsadipina	1.25mg	1.25-10mg	C/12hrs
Nisoldipina	10mg	10-40 mg	Una vez al día
felodipina	5mg	5-20mg	Una vez al día

Clase y medicamentos	Dosis Inicial	Dosis de mantenimiento	Frecuencia
Fenilquilaminas no dihidropiridinas			
Verapamil	120mg	160-360 Mg.	C/12-24 hrs
Benzodiacepinas no dihidropirinas			
Diltiazem	60 mg	60-120 mg	Una vez al día
Beta-antagonista (beta-bloqueadores)			
Propranolol	20 mg	20-100 mg	C/8-12 hrs.
Propranolol LA	40 mg	40-400 mg	Una vez al día
Timolol	10 mg	10-60 mg	C/ 12 hrs.
Nadolol	10 mg	10-120mg	Una vez al día
Metaprolol	25 mg	25-300mg	Una vez al día
Atenolol	25mg	25-100 mg	Una vez al día
Pindolol	5 mg	5-20 mg	C/12hrs
Acebutolol	200 mg	100-100mg	Una vez al día
Labetalot	100mg	100-400 mg	C/12 hrs
Carteolol	2.5mg	2.5-10 mg	Una vez al día
Betaxolol	10mg	10-20mg	Una vez al día
Bisoprolol	2.5 mg	2.5-20 mg	Una vez al día
Carvedilol	12.5 mg	12.5-50 mg	
Aonistas a2-adrenergicos			
Metildopa	250mg	1-16mg	Una vez al día
Clonidina	0.1 mg	2-20 mg	C/8-12 hrs.
Antagonistas del receptora1-adrenérgico			
Doxazosina	1 mg	1-16 mg	Una vez al día
Prazosina	2mg	2-20mg	C/8-12hrs.
Terazosina	2mg	1-40 mg	Una vez al día
Diuréticos	25 mg	25-50 mg	Una vez al día
Diuréticos			
Clortalidona	12.5 mg	12.5 –25 mg	Una vez al día
Metolazona	1.25mg	1.25-10 m	Una vez al día
Indapamida	2.5mg	2.5mg	Una vez al día
Furosemida	40 mg	40-240mg	Una vez al día
Bumetanida	1mg	1-6 mg	Una vez al día
Torasemida	5mg	5-200 mg	Una vez al día

TOMADO DE MANUAL DEL CLINICO SOBRE HIPERTENSIÓN, DIABETES MELLITUS Y NEFROPATIA. ASOCIACIÓN DE MEDICINA INTERNA DE MÈXICO.2003 PAG. 11.

3.1.6 COMPLICACIONES DE LA HTA.

La hipertensión arterial sostenida, afecta a diferentes órganos del cuerpo, después de un tiempo de haber hecho su aparición; el daño hipertensivo en "órganos blanco" esta influido por las cifras de presión arterial, (a mayor hipertensión mayor daño) por enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus, por factores ambientales (estrés, tabaquismo, dieta hipersódica o en grasas animales), la suma de factores de riesgo, condiciona que las complicaciones hipertensivas sean graves y aparezcan en forma precoz. En general la HTA daña el endotelio vascular y el miocardio ventricular; el daño vascular es lo que afecta la estructura y función de los "órganos blanco" como son los propias arterias, los ojos, el corazón, el cerebro y el riñón, a continuación se enuncian mas a detalle.

3.1.6.1 COMPLICACIONES CRONICAS DE LA HTA.

El corazón en la hipertensión arterial condiciona al ventrículo izquierdo a realizar su vaciamiento a la aorta con mayor trabajo aumentando la postcarga, lo que en cada sístole tiene 2 consecuencias: primero aumenta el consumo de oxígeno del miocardio y segundo se convierte en un mecanismo gatillo que promueve la hipertrofia e hiperplasia miocárdica por un aumento de la fibrosis intersticial y volumen del miocito condicionando aumento de la masa ventricular, siendo susceptible a desarrollar isquemia cardíaca o infarto miocárdico ante cualquier incremento de las demandas metabólicas. [16]

La nefropatía hipertensiva es otra complicación que se da cuando la HTA sostenida no tratada o tratada en forma insuficiente, causa esclerosis de los glomérulos que se encuentran aislados y reducidos en número con fibrosis intersticial, dañando directamente al parénquima renal (nefroesclerosis hipertensiva). En forma secundaria la retención de sal y agua causada por la función renal excretora, conduce a expansión del volumen intravascular así como aumento en el tono vascular y la resistencia periférica, condicionando el cuadro de la insuficiencia renal crónica.[17]

La retinopatía hipertensiva también es complicación causando lesión retiniana como complicación mas frecuente que produce la HTA en el ojo; algunas de estas lesiones son oclusión de la vena central de la retina, placas algodonosas, aneurismas y hemorragias en flama.

3.16.2 COMPLICACIONES AGUDAS DE LA HTA.(CRISIS HIPERTENSIVAS)

Hay situaciones en las que la hipertensión se agrava, en ocasiones sin afectación inmediata a los órganos blanco, y en ocasiones con afectación a alguno o algunos de ellos. Esto sucede en el 1% al 5% de los pacientes hipertensos y son las llamadas urgencias y emergencias hipertensivas respectivamente.

LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA se caracteriza por elevación de la presión diastólica a 110 o 120 mmHg, situación que puede ocasionar hemorragia a nivel de sistema nervioso central, claudicación del miocardio con el consecuente edema agudo pulmonar, disección de la pared de la arteria aorta o infarto miocárdico, por lo que amerita tratamiento inmediato y vigilancia en una unidad de cuidados intensivos.

LA URGENCIA HIPERTENSIVA debe de tratarse en el curso de las primeras 24 a 48 horas con diversos medicamentos generalmente administrados por vía oral. Es el caso de hipertensión en el paciente con EVC, en el pre o postoperatorio inmediato, en el paciente con cardiopatía isquemica, con tratamiento anticoagulante o post transplante renal.[18]

Entre los medicamentos utilizados en estos casos tenemos:

NITROPRUSIATO DE SODIO.

Se utiliza en infusión a razón de 0.5 a 2 mcgs por kilo por minuto inicialmente. Su efecto es inmediato y bastante controlable. Cuando se utiliza a dosis más altas por más de 72 horas puede causar intoxicación por tiocinatos en especial si el paciente cursa con insuficiencia renal.

NITROGLICERINA.

Se utiliza en pacientes en los cuales esta contraindicado el nitroprusiato (insuficiencia renal o hepática), la dosis habitual es de 5 a100 mcgs por minuto.

LABETALOL.

Puede utilizarse por vía parenteral, tiene efecto bloqueador betaadrenergico y se utiliza en bolos de 20 a 40 mg cada 10 minutos hasta 300mg o en infusión de 0.5 a 2mg por minuto y puede continuarse con la vía oral a dosis de 200 a 400 mg cada 6-8 horas.

DIASOXIDO.

Se administra IV rápido: Es un dilatador arteriolar de acción rápida y su efecto dura de 6-8 horas aunque no es predecible, la dosis habitual es de 1 a 3 mg por Kg. Esta contraindicado en disección aortica, infarto al miocardio, enfermedad vascular cerebral, mayores de 60 años y en la toxemia gravidica con producto viable.

NIFEDIPINO.

Se utiliza por vía oral la dosis de 0.1 a 0.2 mg por kg, su efecto es más rápido y no se recomienda en pacientes con cardiopatía isquemica.

3.1.7.ACCIONES DE ENFERMERIA ANTE UNA CRISIS HIPERTENSIVA:

1.Conocer las complicaciones de la HTA y distinguir las urgencias de las emergencias hipertensivas.

2.Valoración del nivel de conciencia y monitorización de la presión arterial y frecuencia cardiaca.

3.Realizar ECG y ministrar oxigeno.

4.Canalización de una vía venosa preferentemente central y toma de muestras para laboratorio(QS, TP y TPT, gasometría arterial y enzimas cardiacas).

5.Administrar fármacos hipotensores, generalmente se utiliza un solo fármaco y en las dosis mas bajas y según la emergencia hipertensiva, no deben producirse hipotensiones graves .No es recomendable que la presión diastólica descienda por debajo de los limites 90-100 mmHg, y mucho menos que esta reducción se produzca en forma brusca, puesto que la reducción brusca de las cifras de presión arterial puede producir hipoperfusión e isquemia con lesiones irreversibles en órganos blanco como corazón, cerebro y riñón. [19].

3.2 CAPITILO 2

3.2.1 PROMOCION A LA SALUD.

La Enfermedad esta vinculada con los antecedentes biológicos que el individuo trae consigo, pero también es un fenómeno resultante del modo en que la gente elige vivir su vida, y los que se presentan como problemas de salud individuales, pueden influir en la salud de otros individuos. Enfermería esta activamente comprometida en los tres niveles de prevención para ese cuidado a la salud. Sin embargo, la prevención primaria adquiere una importancia especial en la practica de la enfermería, en la cual el propósito principal es ayudar a desarrollar modos de vida sana para prevenir la enfermedad.

Las estrategias de prevención pueden ser dirigidas al individuo, familia, grupo y comunidad, siendo la educación de la salud, la herramienta principal usada al nivel de la prevención primaria .[20]

En ese sentido, si la promoción a la salud es un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y control de su salud, fortaleciendo el autocuidado y la capacidad de elección sobre la adopción de estilos de vida saludables; entonces debemos entender que la formación del estilo de vida puede definirse en como cada uno elige dar forma a su vida. Es por ello importante contemplar el aspecto cultural del individuo, familia y comunidad, debido a que la cultura es (el modo total de vida que sigue un pueblo) donde se transmiten un conjunto de comportamientos y creencias que trascienden de una generación a otra, aunque los individuos del grupo estén diseminados geográficamente.

Luego entonces, cuando enfermeros(as) realicen promoción a la salud, el aspecto central sera la comunicación con los individuos, sus familias y sus comunidades; por ello enfermería debe presentar la capacidad de entender, tolerar y respetar la conducta, creencias y expectativas –en una palabra, todos los antecedentes culturales- de cada individuo sin juzgar su manera de pensar y actuar, sin que el promotor de la salud imponga lo propio.

Enfermería juega un rol como instructor, guía, educador y modelo de los comportamientos deseados, donde el promotor de la salud guie a la persona a llevar el control autorresponsable de su propia vida y ser. El cambio del estilo de vida surge de un conocimiento interno, del equilibrio y la armonía; enfermería es simplemente uno de los muchos conductores de energía que puede ayudar a desbloquear los canales naturales de energía en su sistema.

3.2.2 EPIDEMIOLOGIA DE LA HTA Y PROMOCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO.

Tras la aplicación de programas de salud en décadas pasadas, los resultados hoy en día conllevan a la disminución de la mortalidad y aumento en la esperanza de vida (73 y 77 años para hombres y mujeres respectivamente para el año 2000). La población mexicana se duplicó entre 1958 y 1981,volverá a duplicarse hasta el año 2030. Por otro lado el porcentaje de adultos en la estructura poblacional total se ira incrementando; de representar 4% en 1970, los mayores de 65 años representaran 10% de la población en el 2025. Por ende la población mexicana vive un proceso acelerado de envejecimiento que traerá cambios en las relaciones sociales; la demanda de servicios de salud y pensiones, así como de los requerimientos asistenciales [21]

La atención de los viejos representara uno de los mayores retos para los servicios de salud, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población, aunado a que los servicios que requieren estas personas son muy costosos debido a la alta incidencia y prevalencía de los padecimientos crónicodegenerativos, pues en el marco epidemiológico, encontramos a estas y sus complicaciones dentro de las primeras 5 causas de mortalidad general.[21]

Las principales causas de ingreso hospitalario en los adultos de mas edad son actualmente las complicaciones de la ateroesclerosis; en particular las cardiopatías y las enfermedades cerebovasculares. La enfermedad cardiovascular también es un problema de salud publica en el DF, con una tasa de 99.4 por 100 mil habitantes, pues ocupa el primer lugar como causa de muerte. De este grupo, la enfermedad isquemica es la más importante con una tasa de 67.2 por 100 mil habitantes, así de manera general la mortalidad se encuentra encubierta por su asociación a otras enfermedades o complicaciones que se codifican en lugar de la causa básica, la Hipertensión Arterial. [22]

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, la padece alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años, y cerca del 60% de los individuos afectados desconocen su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas.[23]

La HTA es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales, la mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante la ultimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las neuropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.[23]

Los costos asociados al tratamiento y sus complicaciones, representan una carga a los pacientes y a los servicios de salud en lo económico, para atender contra este importante problema, en el marco nacional la SSA ha definido las acciones preventivas, a través de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM- 030 SSA2 -2002 con los procedimientos para la detección, diagnostico, tratamiento y control de la HTA a realizase en los sectores, publico, social y privado, con la finalidad de que su aplicación contribuya a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar a retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a este padecimiento.

En el DF. En particular en las delegaciones Miguel Hidalgo y Álvaro Obregón ,entre las cuales se encuentra ubicada la colonia Liberales de 1857 con respecto a este estudio; estas delegaciones son relativamente pobres, pero cada vez presentan niveles más altos de muertes por enfermedades crónico degenerativas entre ellos la HTA, debido esto a su estructura demográfica creciente en las personas de edad más avanzada y talvez por condiciones de vida y trabajo más estresantes y sedentarias. Otra situación es la limitada promoción a la salud que no se hace de manera directa en todos los hogares y las restricciones al diagnostico y tratamiento oportuno de la HTA, pues la mayoria de las instalaciones pertenecientes a la SSDF fueron construidas antes de los años 80s del siglo pasado y hoy son insuficientes para atender a los cerca de 4 millones de capitalinos no-asegurados, lo que se traduce en una falta de servicios en las zonas periféricas, donde actualmente se concentra la mayoria de la población pobre como son las delegaciones del sur, sur-oriente y sur-poniente de la ciudad. El déficit en unidades medicas en la zona metropolitana, agrava mas esta situación, por el crecimiento de la población conurbada del Estado de México, que tiene un rezago cada vez mayor en su infraestructura de salud.[24]

3.2.3 PREVENCION PRIMARIA DE LA HTA.

3.2.3.1 FACTORES DE RIESGO.

Dentro de las acciones que competen a la promoción a la salud, la estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes, una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo a desarrollar la enfermedad, esta promoción a la salud esta encaminada a que la población adopte estilos de vida saludables con la modificación de hábitos que reduzca factores de riesgo y ayuden evitar la aparición de la enfermedad como son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol, tabaco y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

Puesto que la elevación sostenida de la tensión arterial es resultante de numerosas anormalidades entre ellas factores genéticos, ambientales, así como la adquisición de hábitos dañinos a la salud. Al respecto, cabe mencionar que la modificación de aquellos factores que sean susceptibles de cambio, tienen efecto benéfico sobre los niveles de tensión sanguínea tanto en sujetos normotensos como en los hipertensos, pudiendo ser el único tratamiento para los individuos con HTA leve a HTA grado I.[25] Deacuerdo al primer congreso Mexicano para el tratamiento de la Hipertensión arterial y la NOM O30 SSA2- 2002, para la prevención, diagnostico, tratamiento y control de la hipertensión arterial; los cambios recomendados en el estilo de vida en orden de importancia son:

- Reducción del peso corporal:

La presión sanguínea se asocia positivamente con el índice peso-talla a cualquier edad y un cambio en el peso se asocia con un cambio en la presión arterial en edades tempranas, los índices de mortalidad por todas las causas son superiores en los individuos obesos y los riesgos disminuyen en aquellos que pueden controlar su peso; dado que el riesgo a desarrollar HTA en presencia de sobrepeso (cercano al 20%) es tres veces superior al de la población general, y a la dificultad de un control adecuado de las cifras tensionales en sujetos obesos, aun con grandes dosis de medicamentos.

El consejo alimentario en estos pacientes es la reducción en la ingesta de carbohidratos y grasas saturadas.[15] Los individuos obesos con hipertensión no solo es la dieta si no la combinación del ejercicio. La mejor manera de evaluar la obesidad para ayudar al

tratamiento de la hipertensión es mediante el índice de masa corporal (IMC = peso en Kg/altura en m^2) el peso ideal es el que da un IMC de 20-25 superior a 30 se considera un problema medico y condiciona el difícil control de la presión arterial. La reducción de la grasa en la dieta tiene un efecto valorable como positivo para la disminución de la presión arterial en un periodo de cuatro semanas apoyado con el ejercicio .

- Reducción de la ingestión de sal:

En nuestro país, el consumo de sal (Cloruro de sodio) es muy elevado, alcanzando cantidades entre 10 y 12g. diariamente, costumbre que debe modificarse, mediante una educación alimenticia a iniciarse desde los primeros años de vida, debe indicarse como recomendación especifica un ingreso no mayor de 6 g de Cloruro de sodio para todos los individuos, incluyendo hipertensos.

Así mismo, debe recomendarse un ingreso aproximado de 90 m mol por día de potasio, ya que se ha propuesto varios mecanismos por los que el potasio puede reducir la presión arterial y dar protección cardiovascular, entre ellos inhibición de la formación de radicales libres a partir de células de endotelio vascular y macrófagos; inhibición de la formación de la agregación plaquetaria y trombosis arterial; desminución de resistencia vascular renal y aumento del filtrado glomerular; relajación vascular por aumento de la actividad de la Na/K-ATPasa vascular; natriuresis considerada como el más importante para el efecto antihipertensivo.

Los suplementos de calcio deben ser moderados ya que si hay una relación inversa entre ingesta dietética de calcio y presión arterial, esta no es de la magnitud suficiente para recomendar aumento de calcio con el fin de prevenir o tratar la hipertensión.[25]

- El alcohol:

Su consumo mayor de una a dos onzas (30-60 ml) de etanol por día se asocia con una prevalencia mas alta de hipertensión , y se ha demostrado que tiene acción presora aguda por activación simpática mediada centralmente, se sugieren las siguientes recomendaciones: evaluar cuidadosamente el consumo de alcohol; si la ingesta supera mas de 30 ml de etanol (2 copas) aconsejar una reducción hasta ese nivel, si esa cantidad provoca efecto presor aconsejar abstinencia, es recomendable a las personas habituadas a su ingestión no tomar más de 60ml de bebidas destiladas, o 240 ml de vino o 720 ml de cerveza por día.[25]

- El incremento en la actividad física :

Es fundamental, la modificación del sedentarismo, por el ejercicio físico programado es básica por su efecto cardioprotector y ocupa un lugar preponderante tanto por la prevención primaria de HAS como de sus complicaciones cardiovasculares.

- La supresión del tabaquismo:

Es aconsejable puesto que aunque no existe una clara evidencia que lo relacióne con la hipertensión arterial, el riesgo vascular se multiplica cuando ambos coexisten.[25]

- El manejo del estrés:

Con técnicas de relajación y psicoterapia, puede en el corto plazo, disminuir la presión arterial, aunque a largo plazo no se ha encontrado un beneficio consistente.[25]

3.2.4.PREVENCION SECUDARIA DE LA HTA.

3.2.4.1.DIAGNOSTICO PRECOZ

El objetivo de la detección es identificar a los individuos de los 25 años edad en adelante que tienen HTA no diagnosticada o presión arterial (PA) normal alta dentro de la clasificaron de los criterios diagnósticos encontramos los siguientes:

Las HAS se clasifica clínicamente de la siguiente forma:

Presión arterial óptima : <120/80 mm Hg.
Presión arterial normal: 120-129/80-8-4 mm Hg.
Presión arterial normal alta: 130-139/85-89 mm Hg.

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/90-99 mm Hg.
Etapa 2: 160-179/100-109 mm Hg.
Etapa 3: >180/>110 mm Hg.

A los individuos con PA optima o normal y sin factores de riesgo, se les invitara a realizar la detección cada dos años y se les orientara a adoptar o reforzar los estilos de vida, que contribuyen a prevenir la HTA. Si hay presencia de factores de riesgo, se podra realizar la toma en periodos más breves.

A los individuos con PA normal alta se les invitara a hacer los cambios de estilo de vida correspondientes para reducir la PA, y se les recomendara realizar anualmente la toma de la PA.

Los individuos que en el momento de la detección muestren una PA mayor a 140/90 mmHg invariablemente deben recibir la confirmación diagnostica

Los individuos de 60 años de edad en adelante se les medirá dos veces al año la PA

Algunas pruebas rutinarias antes de iniciar la terapia son para determinar la presencia de lesiones en organos blanco, y otros factores de riesgo. Estos estudios incluyen EGO, Bh,QS (K, Na, creatinina, glucemia, colesterol total y de HDL), electrocardiograma de 12 derivaciones y Rx de tórax.[26]

3.2.4.2 TRATAMIENTO OPORTUNO

El riesgo de enfermedad cardiovascular en paciente con hipertensión arterial sistémica esta determinada no solamente por el nivel de presión arterial, sino también por la presencia y ausencia del daño a órgano blanco o de la presencia de factores de riesgo como tabaquismo, dislipidemia y diabetes, obesidad y sedentarismo. La OMS y el Comité de expertos para de la hipertensión recomiendan el siguiente enfoque de riesgo.[26]

Grupo de Riesgo A:

Se incluye a los pacientes con PA normal alta o HTA fase 1 y 2 que no tienen evidencia de enfermedad cardiovascular daño en órgano blanco ni otro factor de riesgo sino se obtienen cifras normales de PA con la modificación del estilo de vida, son candidatos a tratamiento farmacológico.

Grupo de Riesgo B:

Incluye hipertensos sin daño cardiovascular en órgano blanco pero si presentan uno o más factores de riesgo exceptuando la diabetes mellitus se debe considerar el tratamiento farmacológico desde un principio.

Grupo de Riesgo C.

Hipertensos con manifestación clínica de enfermedad cardiovascular o daño en órganos blanco. También se consideran candidatos a tratamiento farmacológico en su inicio y para sus complicaciones.

El tratamiento tiene como propósito el alcance de la enfermedad y prevenir las complicaciones aguda y crónicas, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad de esta causa.[26]

A continuación se presenta una guia para el tratamiento farmacologico.

- INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA II.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II (IECA) ejercen su efecto antihipertensivo disminuyendo la resistencia periférica total. No tienen ningún efecto sobre el gasto cardiaco. Además de reducir la actividad de la hormona ATH, los IECA estimulan la síntesis de prostaglandinas y potencian la actividad de la branicidina, resultando la inhibición de la cinasa. Generalmente estos agentes son bien tolerados por los pacientes; sin embargo se ha descrito hipotensión en las primeras dosis, acompañada por isquemia renal reversible, cardiaca o cerebral, particularmente en los ancianos.[27].

- ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II .

Los antagonistas del receptor de angiotensina II(ARA), son no péptidos altamente selectivos y específicos para el subtipo del receptor de angiotensina I (ATI),que inhibe el efecto vasoconstrictor de la (ATII) sobre la vasculatura, su efecto antihipertensivo es el resultado de la inhibición de la resistencia periférica total. Las diferentes ARA disponibles difieren en las características farmacológicas y se clasifican como antagonistas superables e insuperables. Un bloqueo antagónico superable puede presentarse por el aumento en la secreción de AT II. Un antagonista insuperable se une ligeramente y libera lentamente el receptor con una disociación constante retrasada medicamento-receptor, a diferencia de la IECA, estos medicamentos no intervienen con el metabolismo de las bradicininas, ofreciendo, por lo tanto, la ventaja potencial de una incidencia disminuida de los efectos colaterales, que se asocian con la IECA, la hipercalemia también es menos común con la ARA en comparación con la IECA. El mareo es el efecto colateral mas frecuentemente reportado aun también se ha observado angioedema.[27].

- BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO.

Los bloqueadores de los canales de calcio (BCC), son medicamentos antihipertensivos eficientes. Disminuyen la resistencia vascular periférica total, interfieren con el flujo de calcio hacia las células, lo cual es mediado por la noradrenalina. El efecto colateral mas común que se asocia con estos medicamentos es la constipación, tambien se ha reportado cefalea y edema del pie.

- BETA-ANTAGONISTAS (BETA-BLOQUEADORES).

La acción antihipertensiva de los diferentes beta-bloqueadores depende de su capacidad para atenuar los efectos de las catecolaminas con los beta-adrenorreceptores, localizados en el corazón, cerebro y terminaciones nerviosas presinàpticas del corazón y vasos sanguíneos. El efecto neto es una descarga disminuida simpática central y liberación periférica de noradrenalina. Inicialmente, el gasto cardiaco disminuye y la resistencia vascular periférica total aumenta o permanece sin cambios. Con la terapia prolongada, el gasto cardiaco regresa a su nivel previo al tratamiento y disminuye la resistencia periférica total. El efecto del medicamento sobre la vasculatura puede ser secundario a su capacidad para antagonizar el aumento de AT II por la estimulación del nervio simpático, aumentando los niveles de prostaglandinas y de oxido nítrico en el tejido vascular. En general el perfil de eficacia antihipertensiva. La bradirritmia es el efecto colateral mas común.

- ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA I ADRENERGICO (ALFA BLOQUEADORES).

Los alfabloqueadores disminuyen la tensión arterial, bloqueando los efectos vasoconstrictores del receptor alfa I, disminuyendo, la resistencia periférica total. El mareo es el efecto colateral mas común. Se recomienda que la primera dosis se administre antes de acostarse con el fin de minimizar el riesgo de hipotensión postural grave, la cual ocurre ocasionalmente, y es llamada respuesta de la primera dosis.

- DIURÉTICOS.

Los diuréticos tiazidicos y sus equivalentes actúan en primera instancia en el tubulo distal y son seguros y efectivos para el tratamiento de la hipertensión. El inicio de estos medicamentos se asocia con una disminución en el volumen intravascular y a un ascenso en la relación tensiòn-natriuresis, que es la responsable del efecto antihipertensivo. Los efectos colaterales más comunes que se asocian con las tiazidas son la hipocalemia, arritmias cardiacas, hiponatremia, e hipomagnesemia. Los diuréticos de asa actúan inhibiendo la resorción de sal, en la rama ascendente delgada del asa de Henle y son mas potentes que las tiazidas. La contracción del volumen que se puede asociar la insuficiencia renal aguda, es el efecto colateral más común.[27]

3.2.2.METAS DEL TRATAMIENTO Y FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE CUMPLIMIENTO.

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es el control de las cifras tensionales para evitar retardar revertir el daño a los "órganos blanco" y así prolongar las expectativas de vida, mejorando la calidad de la misma, premisa que incluye la sensación de bienestar en la capacidad física, mental, laboral y recreativa, la buena integración familiar, con un balance entre la dependencia y la autonomía, y la satisfacción espiritual, sexual, emocional y social .[28]

La HTA es una enfermedad crónica y los beneficios del tratamiento para prevenir complicaciones, sólo son aparentes después de varios años de recibir los medicamentos, en la mayor parte de los pacientes la enfermedad es asintomática. Es por ello que debe informarse de las complicaciones de llevar un control deficiente de la HTA, principalmente por que este padecimiento es un factor de riesgo para otros padecimientos cardiovasculares.

A esto hay que sumarle las implicaciones económicas y sociales, y como es que se visualiza el paciente ante una amenaza a su integridad.

4.PROCEDIMIENTO.

4.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles la prevalencia de hipertensión arterial y el impacto de la promoción a la salud en los habitantes de la colonia liberales de 1857?

4.2.OBJETIVOS

4.2.1. Objetivo General:

Identificar a los individuos con hipertensión arterial y la influencia de la promoción a la salud en la modificación de factores de riesgo de esta enfermedad en los habitantes de la Colonia Liberales de 1857.

4.2.2. Objetivos Específicos:

Precisar que factores predisponen a la población de la colonia liberales de 1857 para la aparición de Hipertensión Arterial.

Identificar a los individuos hipertensos de la colonia liberales de 1857.

Brindar promoción a la salud a todos los individuos, especialmente los que presenten cualquier factor de riesgo HTA.

Establecer cuales son los factores que limitan el apego al tratamiento (no farmacológico y farmacológico) de la HTA.

4.3. HIPÓTESIS

La promoción para la salud contribuye a la adopción de un estilo de vida saludable que disminuye el riesgo a desarrollo de HTA y sus complicaciones en una etapa más temprana de la vida.

Los individuos diagnosticados con Hipertensión que no reciben adecuada información sobre la enfermedad y tratamiento no mantienen estilos de vida saludables y presentan cifras de presión arterial mayores a 130/90mm Hg.

4.4. MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio

- Descriptivo
- Observacional
- Longitudinal.

4.4.1 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

4.4.1.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Hipertensión arterial.

La hipertensión arterial o presión sanguínea anormalmente alta es la enfermedad mas común del corazón y vasos sanguíneos. Por lo común se considera que los valores de 140/90 mmHg y otros más altos constituyen el umbral de la hipertensión . Tortora.2000.

- Prevalencia.

Es un indicador en epidemiología, que expresa cuantos individuos están en riesgo o padecen una enfermedad en una población y tiempo determinado. San Martín, Hernan.2000.

4.4.1.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Promoción a la salud .

Es el proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortalecimiento de autocuidado y su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir. Restrepo,2001.

- Edad

Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. Diccionario Mosby, 2003

- Sexo

Características fenotípicas del sujeto; masculino o femenino. Diccionario Mosby,2003.

- Peso corporal.

Relación del peso en Kg de una persona en cuanto al Indice de Masa Corporal (IMC) NOM.030/SSA2.1999.

- Ingesta de sal.

Relación del consumo de sal en la dieta diaria a una ingesta no mayor a 6g /día. NOM:030/SSA2.1999.

- Tabaquismo.

Hábito del consumo de tabaco. Diccionario Mosby ,2003.

- Sedentarismo.

Relativo, a la situación de inactividad u ocio. Diccionario Mosby,2003.

- Alcoholismo.

Consuno habitual de etanol mayor a 60ml de bebidas destiladas diario. Academia nacional de Medicina México .2000.

4.4.1.3.OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	CATEGORÍA
PROMOCION A LA SALUD	CUALITATIVA	NOMINAL	CORRECTA INCORRECTA
EDAD	CUANTITATIVA	ORDINAL	20 A 39 40 A 59 60 Y MAS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	HOMBRE MUJER
PESO CORPORAL	CUANTITATIVO	ORDINAL	IMC –25 IDEAL IMC 26 A 28 ALTO IMC +28 SOBREPESO
INGESTA DE SAL	CUANTITATIVA	ORDINAL	- 6 gr/DIA + 6 gr/DIA
TABAQUISMO	CUANTITAVA	ORDINAL	FRECUENTE REGULAR OCASIONAL
SEDENTARISMO	CUALITATIVA	NOMINAL	CON ACTIVIDAD FÍSICA SIN ACTIVIDAD FISICA
ALCOHOLISMO	CUANTITATIVA	ORDINAL	FRECUENTE REGULAR OCASIONAL

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de Estudio

- Se estudiaron 324 viviendas de la Colonia Liberales de 1857.

Muestra.

- Se escogieron al azar a 86 (27% de la población general) individuos con el diagnostico confirmado de Hipertensión Arterial.

4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todos los mayores de 20 años que contestaran el cuestionario, y específicamente una persona por vivienda.

- Todos los individuos que presenten algún factor de riesgo de HTA o los ya Diagnosticados.

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Todos los que no contesten adecuadamente el cuestionario.

- Individuos con edad menor a 20 años.

4.6. METODOLOGÍA

Se obtuvo la información en la Colonia Liberales de 1857, por medio de una entrevista y un formato de encuesta en 324 viviendas; con la finalidad en determinar la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA), la unidad de análisis considerada fue un individuo por cada hogar con edad entre 20 y 80 años que contestara el cuestionario en la búsqueda intencionada de factores de riesgo predisponentes a HTA (entre ellos, obesidad, sedentarismo, herencia, consumo de alcohol y tabaco, ingesta excesiva de sal y grasa), acto seguido de una toma y registro de presión arterial.

Una vez determinados estos factores, el estudio se desarrollo en 2 fases:

En la primera de ellas, se dividió a la población en individuos con factor de riesgo (240) y (84) sin factor de riesgo. A todos se les impartieron charlas informativas con material didáctico en el fin de hacer promoción a la salud. A los individuos que presentaron algún factor de HTA, recibieron orientación sobre el control de peso, llevar actividad física adecuada, disminuir el consumo de alcohol, tabaco, sal y grasas. A los individuos con factor de riesgo y que además presentaron alteraciones en el registro de su presión arterial, también fueron orientados a modificar su estilo de vida y acudir a solicitar servicios médicos para un diagnostico precoz y tratamiento oportuno.

Para la segunda fase, se tomo una muestra de 86 (27% de la población general) individuos con el diagnostico confirmado de Hipertensión arterial, a quién se les hablo sobre la importancia del apego estricto al tratamiento No Farmacológico en primera instancia, y como segunda y auxiliar el tratamiento de farmacológico, explicando la acción de los medicamentos y la importancia de tomarlos en la dosis y horarios indicados se les informo además de las complicaciones de tipo crónico, como la cardiomegalia y riesgo de infarto, retinopatía y nefropatia hipertensiva; y las de acción súbita como el accidente vascular cerebral.

Además de esta promoción a la salud, se les llevo un control de presión arterial mediante la toma y registro de la misma una vez a la semana durante un mes.

Los datos fueron procesados en cuadros y graficas con expresión en porcentajes estableciendo relaciones entre las variables edad, sexo, consumo de alcohol, tabaco, sal y grasa, y recepción de promoción a la salud del entrevistado. De tal forma el impacto de la promoción a la salud, es medido en forma directa sobre las cifras de presión arterial, que manifiesta si se ha dado un apego al tratamiento (no farmacológico y farmacológico) estricto o deficiente.

4.7. LIMITES

4.7.1 Tiempo: del 10 de Febrero 2003 al 31 de Enero 2004.

4.7.2 Espacio: Área de la Clínica de Beneficencia (Brimex) del Hospital ABC.

4.7.3 Lugar: Colonia Liberales de 1857 ubicada en la Delegación Alvaro Obregón . D.F.

4.8 .RECURSOS.

4.8.1. Recursos Físicos:

- Instalaciones de la Clínica Brimex del Hospital ABC.
- Colonia Liberales de 1857.

4.8.2. Recursos Humanos:

- Habitantes de la Colonia Liberales de 1857
- Pasantes de la Licenciatura en Enfermería en servicio social.
- Coordinador de Salud Publica de la Clínica Brimex.

4.8.3.Recursos Materiales:

- Papel, lápiz, bolígrafos, hoja cuestionario impresa, estetoscopio y baumanometro, computadora.

4.8.4. Recursos Financieros:

- Beca otorgada por el hospital ABC a pasante en Servicio social de $650.00 quincenal.
- Los propios.

5.RESULTADOS.

5.1.RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE.(DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A LA POBLACIÓN DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857 PARA LA APARICION DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL).

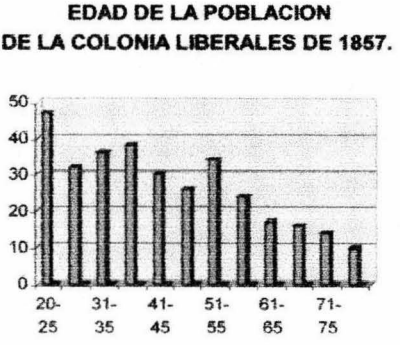
CUADRO 1.

EDAD DE LOS HABITAN TES DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857 EN MÉXICO DF. EN MARZO 2003.

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
20-25	47	14%
26-30	32	10%
31-35	36	12%
36-40	38	12%
41-45	30	9%
46-50	26	8%
51-55	34	10%
56-60	24	7%
61-65	17	5%
66-70	16	5%
71-75	14	4%
75Y+	10	3%

FUENTE. Entrevista realizada por los pasantes de S.S. enfermería.

GRAFICA1.



FUENTE. Entrevista realizada por los pasantes de SS enfermería.

INTERPRETACION.

Los individuos fueron seleccionados en edades entre los 20 y 80 años, sabemos que a mayor edad el deterioro del aparato cardiocirculatorio es evidente, y con ello se presenta en mayor frecuencia la aparición de HTA .

La población de la colonia liberales es joven, se encuentra en edades promedio entre los 20 y los 45 años, por lo que respecto a la edad como predisponente sus riesgos al momento del estudio son mínimos.

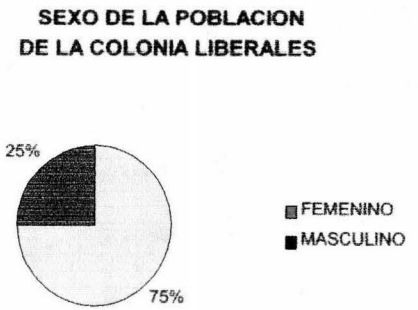
CUADRO 2:

SEXO DE LA POBLACION DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857 EN MÉXICO DF. EN MARZO 2003.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	243	75%
MASCULINO	81	25%
TOTAL	324	100%

FUENTE. Entrevista realizada por los pasantes de SS. enfermería.

GRAFICA2.



FUENTE:Cuadro 2.

CUADRO 3.

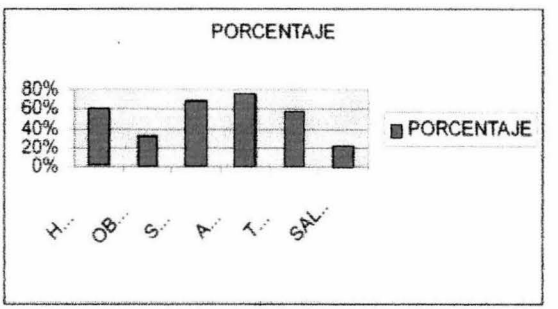
FACTORES DE RIESGO DE HTA EN LA COLONIA LIBERALES DE 1857 EN MÉXICO DF. EN MARZO 2003.

FACTOR DE RIESGO	NUMERO	PORCENTAJE
HERENCIA	194	60%
OBESIDAD	103	32%
SEDENTARISMO	222	69%
ALCOHOL	243	75%
TABAQUISMO	184	57%
SALY GRASAS.	52	22%

FUENTE. Entrevista realizada por los pasantes de SS enfermería.

GRAFICA 3.

FACTORES DE RIESGO DE HTA EN LA COLONIA LIBERALES DE 1857.



FUENTE.Cuadro 3.

INTERPRETACIÓN.

Es posible observar que la herencia como factor de riesgo no modificable, en nuestra población tiene un alto porcentaje (60%) para la predisposiciòn de la HTA

Si consideramos que la HTA es una entidad multifactorial ,y podemos asociar en nuestra poblaciòn otros factores de riesgo susceptibles de modificarse como son; que el 32% de sta poblaciòn presenta obesidad, y el 69% de la poblaciòn tiene actividades sedentarias; aunado a que el 57% de la poblaciòn fuma, y el 75% consume alcohol almenos una vez por semana; y que el 22% de la población consume sales, grasas y harinas en forma inmoderada, podemos entonces comentar que esta poblaciòn se encuentra en un riesgo muy elevado para desarrollar HTA en una etapa temprana de su vida.

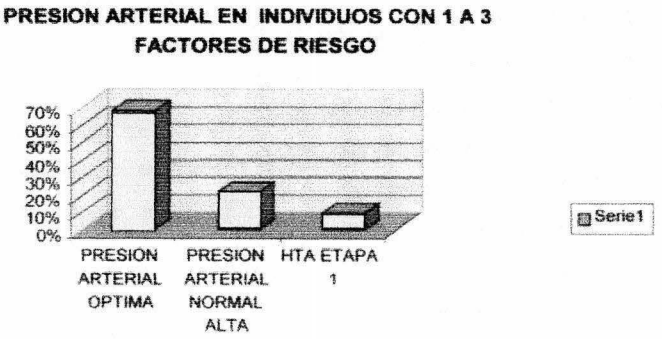
CUADRO 4.

PRESION ARTERIAL DE LA POBLACIÓN DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857 QUE PRESENTAN MINIMO DE 1 A 3 FACTORES DE RIESGO EN MÉXICO DF. EN MARZO 2003.

PRESION ARTERIAL	NUMERO	PORCENTAJE
PRESION ARTERIAL OPTIMA	163	68%
PRESION ARTERIAL NORMAL ALTA	52	22%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ETAPA 1	25	10%

FUENTE. Entrevista realizada por los pasantes en SS enfermería.

GRAFICA 4.



FUENTE. Cuadro 4.

INTERPRETACIÓN.

De nuestra población, solo 84 (26% de la poblaciòn general) de ellos no presento alteracion en las cifras de presiòn arterial y ningun factor de riesgo y solo recibieron promocion a la salud .

De los 240 individuos restantes los que presentaron de 1 a 3 factores de riesgo y recibieron toma y registro de Presiòn Arterial (PA), mostraron según criterios diagnosticos de la HTA por la NOM030 SSA2 2002, lo siguiente:

- PRESION ARTERIAL OPTIMA 163 (68%).

Estos individuos generalmente solo tienen uno o dos factores de riesgo que son susceptibles de modificarse, en su mayoria son jóvenes sin antecedentes hereditarios donde sus factores de riesgo predominantes son el tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo.

- PRESION ARTERIAL NORMAL ALTA 52(22%)

Generalmente estos individuos presentan riesgos no modificables como la herencia y además riesgos modificables en los que predominan, la actividad sedentaria, actividades laborales con estrés y la obesidad aunada a la dieta con alto consumo en grasas y sales.

- HIPERTENSION ARTERIAL ETAPA 1 25 (10%)

Generalmente estos individuos tienen la asociación de hasta 3 o 4 factores de riesgo modificables con la edad mayor de 60 años.

A los individuos que presentaron de 1 a 3 factores de riesgo y con alteraciones en las cifras de PA; se les brindo promociòn a la salud sobre factores de riesgo modificables, además de invitarles a acudir al servicio medico para recibir confirmación; tras posteriores visitas a sus hogares, se determino que ninguno de ellos acudio a recibir confirmaciòn diagnostica de HTA.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

5.2.RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE.(IDENTIFICACIÓN DE HIPERTENSOS MEDIANTE VALORACIÓN INICIAL Y CONTROL SEMANAL DE PRESION ARTERIAL POSTERIOR A PROMOCION A LA SALUD).

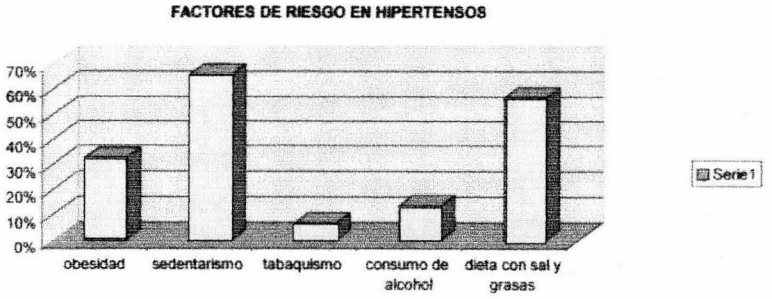
CUADRO 5.

FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS EN LA POBLACIÓN DE HIPERTENSOS DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857 EN MÉXICO DF. EN MARZO 2003.

FACTOR DE RIESGO	NUMERO	PORCENTAJE
OBESIDAD	28	33%
SEDENTARISMO	57	57%
TABAQUISMO	6	6%
CONSUMO DE ALCOHOL	12	12%
DIETA CON SAL Y GRASA	49	49%

FUENTE. Entrevista realizada por los pasantes de SS enfermería.

GRAFICA 5



FUENTE. Cuadro 5.

INTERPRETACIÓN.

Podemos observar que en los hipertensos los factores de riesgo predominantes son el consumo de sal y grasas en cantidad de moderado a excesivo, lo que puede condicionar el aumento de peso y la obesidad, sólo estos dos factores de riesgo pueden causar aumentos en las cifras de presión arterial de forma que resulte difícil el controlar la presión arterial aun con la medicación prescrita,si a esto sumamos que la mayoria de ellos tiene una actividad sedentaria y que ocasionalmente fuman o consumen alcohol, los riegos para la salud son elevados.

La mayoria de ello comenta la dificultad de apego al tratamiento, y de manera frecuente se quejan de que no reciben la información adecuada de su enfermedad y como poder llevar un control adecuado de la misma.

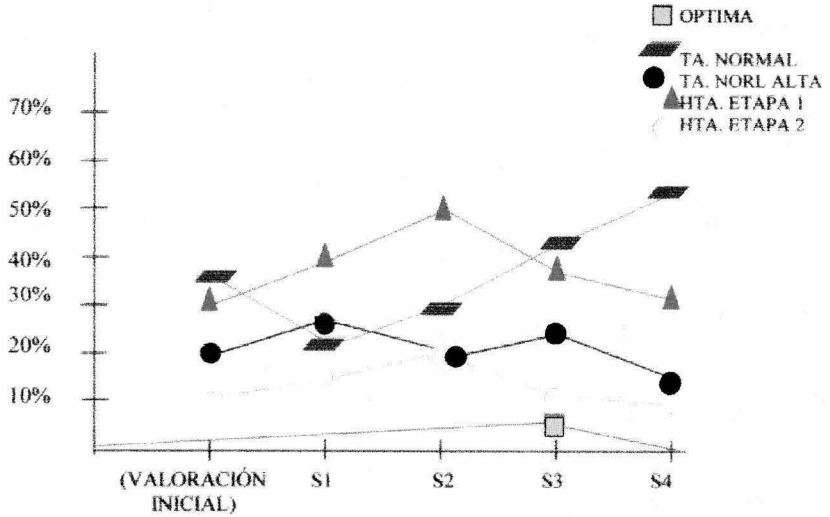
CUADRO 6.

HIPERTENSOS DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857 QUE RECIBIERON PROMOCION A LA SALUD POR PARTE DE ENFERMERIA CON EL POSTERIOR CONTROL DE SU PRESION ARTERIALEN MÉXICO DF. MARZO 2003.

HIPERTENSOS CON PROMOCIÓN A LA SALUD Y CONTROL DE TA.										
CIFRAS TA.	INICIO		SEM 1		SEM 2		SEM 3		SEM 4	
	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%
TA. OPTIMA	0	0%	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%
TA. NORMAL	4	10%	5	13%	6	16%	1	5%	3	8%
TA. NORMAL ALTA	13	33%	15	38%	16	41%	15	38%	12	31%
HTA. ETAPA 1	14	36%	10	26%	11	28%	14	36%	19	48%
HTA. ETAPA 2	8	21%	9	23%	14	10%	8	21%	5	13%

FUENTE. Entrevista realizada por los pasantes de S.S. enfermería.

GRAFICA 6
CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN HIPERTENSOS DE LA COLONIA LIBERALES DE 1857



SEMANAS DE ESTUDIO

INTERPRETACIÓN.

Se encontró para la muestra,con el diagnostico confirmado de HTA a 86 individuos (27% de la poblaciòn general); solo a 39 se les llevo un control de la presión arterial, el porcentaje restante decidió no participar en el estudio, ni recibir promoción a la salud.

A los 39 individuos que participaron en el control se les realizo una toma y registro de la presión arterial para una primer valoración de sus cifras tensionales en el momento de la encuesta, sin recibir promoción a la salud por parte nuestra.

Posterior a la valoración inicial, a los individuos se les brindo promoción a la salud e información sobre su enfermedad, factores de riesgo, tratamiento y complicaciones, aunado a la toma de sus cifras tensionales una vez por semana a lo largo de un mes.

Es observable en el cuadro (6) y grafica(6) que en el inicio del estudio en la valoración inicial, los registros de cifras tensionales antes de recibir promoción a la salud por parte de enfermería arrojaron datos de un control deficiente de su presión arterial debido a que solo 4(10%) individuos presentaron tensión arterial normal y el resto en tensión arterial normal alta, incluso HTA en etapas 1 y 2.

En la primer semana de estudio los cambios mas significativos fueron; reducción del numero de individuos que se encontraban con HTA en etapa 1, de 14 (36%) a 10 (26%) que disminuyeron sus cifras tensionales para mostrar cifras de TA normal alta en su mayoría.

En la segunda semana de control, fue la de mayor impacto de la promoción a la salud, ya que en relación a semanas anteriores se llevo un mejor control, incluso los individuos manifestaron verbalmente haber realizado cambios significativos en sus hábitos y llevar un mejor apego al tratamiento medicamentoso. Lo anterior lo demostraron las cifras de TA que en relación al primer registro manifestaron una disminución de 8 (21%) a 4 (10%) que se encontraban con HTA en etapa 2 ;de 13 (36%) a 11 (28%) que presentaban HTA en etapa 1; para lograr mantener un numero mayor de individuos en TA normal alta y TA normal; y alcanzando que 2 (5%) registraran cifras de TA optimas.

En relación a la tercera semana, el impacto de la promoción a la salud fue deficiente, puesto que nadie presento cifras de TA optimas, aumentaron los individuos con TA normal y normal alta, y el numero de individuos en HTA en etapa 2 nuevamente llego a 8 (21%), siendo este ultimo el resultado más alarmante que redujo la motivación y las expectativas para mantener un control eficiente de la presión arterial; motivación que se redujo tanto en el grupo de hipertensos como en los promotores de salud.

Para la cuarta semana, los individuos manifestaron la dificultad de modificar sus hábitos principalmente en la alimentación; lo que se corroboro con sus registros de cifras tensionales, todas tendientes al aumento según semanas anteriores; logrando decepcionantemente una suma entre los individuos con TA normal alta e HTA en etapa 1, de 31 correspondiente al 79%.

6.DISCUSIÓN.

La Hipertensión arterial (HTA) como patología ,por su carácter silencioso hace que su detección sea difícil y que mas del 60% de las personas que la padecen, estén concientes de ello. Agravando esta situación, menos son los que reciben tratamiento farmacológico, y de estos pocos alcanzaran las metas de un tratamiento exitoso.

La promoción a la salud contribuye a la adopción de estilos de vida saludables que permiten disminuir el riesgo a desarrollar HTA y sus complicaciones en una etapa mas temprana de la vida. Brindar promoción a la salud es un proceso largo y difícil para lograr concientizar a los individuos y sus familias a adoptar hábitos que favorezcan su salud; en México resulta particularmente difícil, puesto que los individuos culturalmente es mas factible que soliciten servicios de salud curativos, mas que realizar acciones preventivas para no enfermar.

La promoción a la salud en México no se entiende como un proceso largo que brinda su impacto a través del tiempo, de modo que la información y la educación para la salud sean constantes para que los cambios en el estilo de vida sean efectuados y transmitidos a las siguientes generaciones, para perpetuar la cultura de la prevención de enfermedades. Este es un aspecto importante que esta en oposición a la cultura actual de los individuos, y a la forma en que los promotores de la salud visualizan los cambios efectuados.

En la población de hipertensos, la edad en la que se diagnostica la HTA es un factor determinante para llevar un apego eficiente o deficiente al tratamiento y controlar mejor su HTA. Lo anterior se fundamenta en que en edades más jóvenes es más difícil la adopción de estilos de vida que mejoren la salud y prevengan la enfermedad, sobre todo en varones quienes son ocasionalmente son presa de la publicidad para el alto consumo de alcohol y tabaco, además de ambientes laborales sedentarios y estresantes, que otorgan pocas facilidades para realizar ejercicio en forma regular, agregado a quienes por diversas actividades escolares, laborales, etc adoptan patrones de alimentación fuera de casa y con comida chatarra con altos niveles de sales, harinas y grasas.

Los individuos hipertensos en tratamiento, en su mayoría tiene un apego deficiente al mismo, pero una vez que han padecido alguna complicación, generalmente son eficaces en el control de su HTA.

En la promoción a la salud se capacita a los individuos para el auto cuidado de modo que adopten hábitos que contribuyan a conservar la salud.

Cuando esta promoción a la salud no es vista como un proceso continuo y se espera que los individuos o sus familias a través de una o dos charlas informativas logren modificar su estilo de vida; se piensa de manera errónea y con ello frecuentemente se es flexible con el apego al tratamiento llegando a tener un mal control de su HTA.

La condición humana dificulta realizar evaluaciones en cuanto a los estilos de vida y la adopción de nuevos hábitos; ya que frecuentemente en las entrevistas los individuos manifiestan un mejor apego del que llevan en realidad, generalmente mienten y presentan desinterés por su padecimiento,ya que en su mayoría no presentan malestar inmediato o la presencia de complicaciones; si a esto le sumamos la falta de información de los riesgos asociados a una HTA mal controlada en la mayoría de los casos se suspende el tratamiento; evento frecuente si son jóvenes y la duración del tratamiento es de por vida.

7.ANÁLISIS DE LAS VARIABLES.

La población de la colonia Liberales de 1857 se encuentra en un riesgo elevado a desarrollar HTA puesto que en 39% de los individuos se encontró de 1 a 3 factores de riesgo siendo la herencia, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo los mas comunes.

En la población de 20 a 60 años predominan como factores de riesgo el consumo de alcohol y tabaco, así como una dieta hipercalorico proteica y con alto contenido en sodio, aunado a la falta de actividad física regular y la presencia de obesidad.

En la población mayor de 60 años ,generalmente los factores de riesgo son la edad, dieta con alto contenido en sodio y el sedentarismo.

Para el estudio control con la población de hipertensos se correlaciono la promoción a la salud y las cifras de TA por edad y sexo, encontrando un mejor impacto de la promoción a la salud que origino cambios significativos en el estilo de vida (aunque momentáneos) y se reflejo en un mejor control de su HTA. En los varones del grupo de edad de 60 años en adelante; mientras que en las mujeres fue de 40 años en adelante.

Los individuos que presentaron durante el control , presión arterial optima o normal (aunque pocos) tienen edades entre los 20 y 30 años, sin sobrepeso y realizan ejercicio en forma regular. Se encuentran otros individuos de edades variables, que en su particularidad han sufrido alguna complicación sea crónica o aguda (principalmente EVC)mostrando un apego eficiente al tratamiento y un adecuado control de su HTA.

Los individuos que presentaron presión normal alta, se encuentran en todos los grupos de edad y generalmente presentan mas de tres factores de riesgo entre ellos la dieta hipersodica, tabaquismo, consumo de alcohol, sobrepeso y sedentarismo; susceptibles de modificarse con una adecuada promoción a la salud.

Los individuos que durante el control presentaron un impacto precario de la promoción a la salud mostraron a lo largo de todo el estudio cifras de HTA en etapas 1 y 2. Estos en su mayoría tienen edades de 60 años en adelante, han llevado el tratamiento antihipertensivo por mas de 20 años y sus principales factores de riesgo son la edad, dieta hipersodica ,y sedentarismo; aunado al abandono total o parcial del tratamiento antihipertensivo.

8. CONCLUSIONES.

La HTA es una entidad multifactorial, donde muchos son los factores de riesgo y condicionantes para su aparición; algunos de estos factores de riesgo tienen que ver con el estilo de vida que se asocia a los países industrializados como son el estrés, la dieta con alto consumo en sales, grasas, harinas, el sedentarismo y sobrepeso, alto consumo de alcohol y tabaco (por el aspecto propagandístico), todos estos factores de riesgo, son susceptibles de modificarse.

La promoción a la salud fomenta el autocuidado, la autoresponsabilidad y el compromiso con el bienestar; cuando los individuos tienen la adecuada (no la errónea) información y enseñanza de cómo conservar la salud y prevenir enfermedades: más un factor motivante por parte de los promotores de salud, los individuos, familias y comunidades adoptan estilos de vida saludables en forma eficiente.Pero cuando la información es errónea o se intenta imponer sin valorar la cultura de la gente;y si no se entiende como un proceso continuo y se espera que el alcance en las metas para la adopción de hábitos sea en días o semanas, se esta equivocado; consecuentemente los promotores de salud disminuyen el interés por la salud de los individuos, familias o grupos, ocasionando deterioro del autocuidado en forma parcial o total, momentánea o continua.

Es por ello que la promoción a la salud debe ser utilizada como herramienta para potencializar las capacidades del individuo en su autocuidado; ser vista como un proceso continuo que una vez iniciado no deba parar; solo así se ampliara significativamente la prevención, para alcanzar mejores estilos de vida y salud en la población general . En forma particular en el caso de la HTA la consiguiente disminución de los altos costos asociados al tratamiento de la HTA, entendida como un factor de riesgo para otros padecimientos cardiovasculares y sus complicaciones.

9.RECOMENDACI0NES

INTERVENCIONES PARA MEJORAR EL APEGO TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES CON HTA.

*.CAPACITACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Las diferencias culturales y la actitud del personal tiene un importante efecto sobre l eficacia del tratamiento, por esta razón es conveniente reforzar la capacitación en aspectos psicológicos y sociológicos, para brindar servicios a individuos de distintos entornos socioculturales.

*.MOTIVACIÓN.

La motivación del paciente para adoptar un estilo de vida saludable y controlar su HTA es un factor clave para mejorar el apego terapéutico; principalmente por el carácter silencioso y asintomático de la enfermedad. Frecuentemente algunos pacientes no comprenden la seriedad de su padecimiento, puesto que no reciben beneficios a corto plazo y pierden el interés en el tratamiento aun después de exponerles las consecuencias potenciales de un mal control de la HTA. En estos pacientes, es conveniente buscar objetivos adicionales, la empatia que demuestre el personal de enfermería con estos pacientes, y el respeto por su cultura, creencias, y experiencia previa, influenciara fuertemente su actitud ante su enfermedad y el tratamiento prescrito, si hacemos énfasis en que un buen control de su HTA evitara costosos tratamientos y hospitalizaciones.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS.

(1) GRUPO ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2000."Hipertensión arterial en México"Archivos de cardiología de México 2002; 72(1)71-84.

(2) RESTREPO, Helena. Promoción a la salud, como construir una vida saludable .Ed. Panamericana 2001. pp57-63.

(3) PARDO,Graciela. Investigación en salud, factores sociales. Ed.McGraw-Hill.México 1997.36-45.

(4) VEGA,Franco .La salud en el contexto de la nueva salud publica. Ed. Manual Moderno .México 2000. 127-135

(5) ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2000. Archivos de cardiología de México 2002;71(31)11-12

(6) TORTORA, Gerard. Principios de Anatomia y Fisiología. Ed.McGraw-Hill.1999. p.p 669 .

(7) ZURRO, Martín. Atención primaria, concepto, organización y practica clínica. Ed.Interamericana. México 1998.pp653

(8) NOM 030.SSA2-2002.>Para la prevención, diagnostico, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

(9) FARRERAS-ROZMAN, Medicina interna Ed.Harcourt, México 2000.pp668-672

(10) TORTORA, Gerard .Principios de Anatomia y Fisiología. Ed.McGraw-Hill.1999. p.p. 630-632.

(11) ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. fascículo 2 Mèxico 2000.pp10-18

(12) CANTU, Carlos. Terapéutica de la enfermedad vascular

Grupo Ixel editores .México 2002

(13) MENDEZ, Nahum .Obesidad, Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones Clínicas. Ed. Moderno. México 2002.

(14) CANTU, Carlos. Terapéutica de la enfermedad vascular

Grupo Ixel editores .México 2002

(15) ASOCIACIÓN MEXICANA DE MEDICINA INTERNA MÉXICO 2003. Manual clínico sobre hipertensión, diabetes mellitus y nefropatia.

(16)ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO, Complicaciones y tratamiento de la HTA fascículo 6 pp. 15-20

(17) OPARIL, Susane. Hipertensión. El riñón de Brenner y Rector. Ed.Mc Graw-Hill.México 2002 .pp. 312 –320.

(18) ROMANO. Carlos. Urgencias Medicas de primer contacto. Méndez Editores. México 2002 pp. 87-90.

(19) CASTELLANO, Carlos .Urgencias cardiovasculares. Ed Harcourt .México 2002 pp. 441 –450.

(20) HALL, Joane. Enfermería en salud comunitaria .Un enfoque de sistemas .Editado por la Organización Panamericana de la salud.1998.

(21) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2002-2006.
(22) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2002-2006.SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DF.

(23) NOM 030.SSA2-2002.>Para la prevención ,diagnostico,tratamiento y control de la hipertensión arterial.
(24)PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2002-2006.SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DF.

(25) ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO, Terapia antihipertensiva fascículo 5 p.p 8-18

(26) ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO, Diagnostico de la HTA fascículo 3 pp.12-18

(27) ASOCIACIÓN DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO AC. 2003, Manual del clínico sobre Hipertensión , Diabetes mellitus y nefropatia. Pp. 11-15

(28) APEGO TERAPÉUTICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Publicación Pfizer 2003. pp. 7-10.

INSTRUMENTO ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFEMERIA

CLINICA BRIMEX DEL HOSPITAL A B C

CUESTIONARIO SOBRE ENFOQUE DE RIESGO

EDAD:_____ SEXO: F M EDO. CIVIL:_____ OCUPACIÓN:_____
ESCOLARIDAD:_____.CIFRAS TA:_____IMC_____

1.-Cuantas veces por semana consume los siguientes alimentos.
grasas a) 1-3 b)3-5 c)diario
azucares a)1-3 b)3-5 c)diario

2.El consumo de sal por su parte es.
a)frecuentemente b)regular c)ocasional

3.-Alguno de sus familiares padece o padeció las siguientes enfermedades:

Hipertensión a)Si b)No
Obesidad a)Si b)No

4.-Usted padece alguna de estas enfermedades:

Hipertensión a)Si b)No
Obesidad a)Si b)No

5.-Esta bajo Tratamiento Medico a)Si b)No c)cual

6.¿Hace cuanto?

7.-Esta sometido a algún tipo de dieta que favorezca al control de su enfermedad
a)Si b)No

8.¿la lleva acabo siempre?

9.-Realiza ejercicio a)frecuentemente b)ocasionalmente. C)no

10.-Usted fuma o ha fumado a)Si b)No

11.-Con que frecuencia fuma a) 1-5/día b)6-10 /día c)1 cajetilla/dia.

12.-Usted consume bebidas alcohólicas a)Si b)No

13.-Con que frecuencia a)Diario b)Cada fin de semana c)Ocasionalmente

14.¿Ha padecido alguna complicación de su HTA?.

15.¿Cuál?

16.¿Ha recibido alguna vez información sobre la HTA?

17.¿Considera que la información recibida cubre lo que Ud. necesita saber sobre su enfermedad?