

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.**

Tesis presentada por:

**CECILIA KELLY TELMA CALCINA
DELGADO**

Para optar el Título Profesional de Licenciada
en Enfermería.

AREQUIPA – PERÚ

2014

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **Influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013.** Requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2014

Cecilia Kelly Calcina Delgado

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Delia Núñez de Álvarez
Dra. Teresa Chocano Rosas
Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra

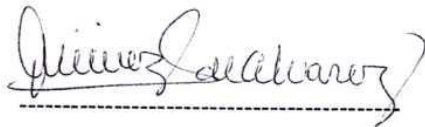
ASUNTO : INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA 2013.

AUTORA: Cecilia Kelly Calcina Delgado

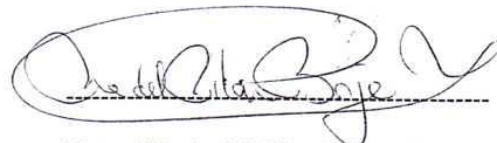
FECHA : 08 de abril del 2014

Reunido el Jurado Dictaminador realizadas las correcciones, de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Facultad el presente borrador queda aprobado para pasar a la fase de sustentación.

Atentamente,



Dra. Delia Núñez de Álvarez
PRESIDENTE



Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra
SECRETARIA



Dra. Teresa Chocano Rosas
MIEMBRO

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A: Mgter. Rut Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE: Dra. J. Sonia Núñez Chávez
Docente de la Facultad de Enfermería

ASUNTO: Informe sobre asesoría de la investigación titulada INFLUENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ.AREQUIPA,2013. Trabajo desarrollado por la Srta. CECILIA KELLY TELMA CALCINA DELGADO.

FECHA : Arequipa, 18 de Marzo del 2014.

Tengo a bien informar a Ud. Sra. Decana lo siguiente:

1. ANTECEDENTES :

Recibido el Decreto de su digno despacho en donde se me designa docente asesora de la tesis antes mencionada, es que se procede a la coordinación con la Srta. Graduanda para el seguimiento del proyecto de tesis con dictamen de aprobado, el mismo que se ejecutó con la aplicación del instrumento para la recolección de datos, cuya información se analizó e interpreto, de acuerdo a los objetivos planteados y probar la hipótesis; para finalmente elaborar el informe.

La ejecución de dicho trabajo, se desarrolló durante los meses de noviembre a marzo del año 2013 y 2014 respectivamente.

2. APRECIACION PERSONAL:

La Srta. Graduanda mostro interés y responsabilidad en su tarea emprendida, cuyos resultados servirán para el cuidado de Enfermería de los y las Adultos/as Mayores con Hipertensión arterial.

Quedando la tesis lista para ser presentada al jurado para que emita el dictamen correspondiente, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,


DRA. J. SONIA NÚÑEZ CHÁVEZ
Docente Asesora
Facultad de Enfermería. UCSM.

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Delia Núñez de Alvarez
Lic. María del Pilar Borja Vizcarra

ASUNTO : INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ 2013.

AUTORA: Cecilia Kelly Calcina Delgado

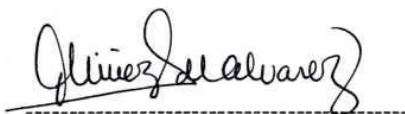
FECHA : 16 de julio del 2013

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el Proyecto de Tesis se realiza los siguientes alcances:

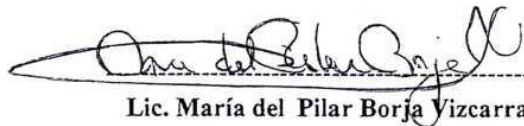
1. Subindicador ocupación: modificar por pensionista o no pensionista .
2. Ubicación temporal: Actualizar .
3. Cronograma: Actualizar ,

Subsanadas las observaciones el presente proyecto queda **APROBADO** para pasar a la fase de ejecución.

Atentamente,



Dra. Delia Núñez de Alvarez



Lic. María del Pilar Borja Vizcarra

“Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.”

Bergman, Ingmar

Dedico esta tesis a Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mis padres, hermanas, mi amigo especial y familia por estar siempre apoyándome en todos los momentos vividos con responsabilidad y humildad.

Al Personal Docente de la Facultad de Enfermería por brindarnos conocimientos con paciencia y amor.

Al Personal del Centro de Salud Maritza Campos Díaz en especial a la Dra. Sandra Pérez Moscoso Encargada del Programa de Hipertensión Arterial del Adulto Mayor acepto con generosidad la realización del estudio.

ÍNDICE

	PAG
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
ENUNCIADO DEL PROBLEMA	3
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1. Campo, Área y Línea	3
1.2.2. Análisis de las variables	4
1.2.3. Interrogantes Básicas	5
1.2.4. Tipo y Nivel de Problema	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
2. OBJETIVOS	7
3. MARCO TEORICO	
3.1. Hipertensión Arterial	8
3.2. Calidad de Vida	29
3.3. Rol de la enfermera en la atención integral del Adulto	
Mayor hipertenso	37
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	43
4. HIPÓTESIS	45

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA	46
2. INSTRUMENTOS	46
3. CAMPO DE VERIFICACIÓN	48
3.1. Ubicación Espacial	48
3.2. Población y Universo	48
3.3. Ubicación Temporal	49
4. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	50

CAPITULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	53
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	72

RESUMEN

La investigación titulada: Influencia de la Hipertensión Arterial en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Arequipa 2013, se planteó como propósito determinar cómo influye la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz; es un estudio de tipo relacional de corte transversal.

El estudio presenta dos variables, hipertensión arterial y calidad de vida y tres objetivos Identificar las características que presenta la hipertensión arterial, la calidad de vida y determinar su influencia. Como técnica para la recolección de datos se realizó la entrevista mediante dos cuestionarios: calidad de vida en pacientes hipertensos; las características sociodemográficas y la hipertensión arterial.

Estuvieron representas por 100 pacientes adultos mayores con diagnostico de hipertensión arterial de una población de 120 pacientes.

Las conclusiones son: Las características de la Hipertensión Arterial que presentan los Adultos Mayores es la hipertensión de grado I en casi la mitad de casos. El tiempo de enfermedad más frecuente se encuentra entre los cuatro a seis meses. El síntoma más frecuente es cefalea .En cuanto al tratamiento más de la mitad recibe medicación con hipotensores. Las tres cuartas partes de los adultos mayores hipertensos si tiene control de la hipertensión arterial periódicamente. La calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial es regular, presentando mayor afectación en el estado de ánimo. Los resultados muestran que la hipertensión influye de forma significativa y proporcional en la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

A partir de ellas se sugiere que: el personal de Enfermería conforme un programa del adulto mayor donde se pueda brindar sesiones educativas sobre la hipertensión arterial y realizar seguimientos a los pacientes hipertensos de forma periódica para mejorar su calidad de vida. El personal de Enfermería deberá brindar educación a los familiares y cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor en relación a la importancia de la adherencia correcta al tratamiento, signos y síntomas que podrían indicar la elevación de la presión arterial, autocuidado de la salud entre otros. El personal de Medicina debe realizar una valoración individualizada para los adultos mayores que presentan hipertensión arterial, determinando el control de la enfermedad y la presencia de complicaciones.

Palabras claves: Calidad de Vida -Adulto Mayor- Hipertensión Arterial.

Bachiller: Cecilia Kelly Telma Calcina Delgado. dana-406@hotmail.com . Cooperativa Guillermo Torreblanca B-26 Av. Madre de Dios Yanahuara.

ABSTRACT

The research entitled: The Influence of Hypertension Quality of Life in elderly attending the Health Centre Maritza Campos Diaz. Arequipa 2013, was in order to determine how hypertension affects the quality of life of older adults who attend the Health Centre Maritza Campos Díaz; it is a relational study of cross section.

The study has two variables, arterial hypertension and quality of life three goals: Identify the characteristics of hypertension, the quality of life and their influence in elderly people. As a technique for data collection the interview was used and, two questionnaires: were applied quality of life in hypertensive patients; socio-demographic characteristics and hypertension.

The research was conducted in a group of 100 elderly patients with diagnosis of hypertension out of 120.

The conclusions are: the characteristics that hypertension presented in elderly are grade I in almost half of cases. The most frequent illness period is between four to six months. The most common symptom is a headache. For treatment, more than half of them received antihypertensive medication. Three quarters of hypertensive elderly do have control of hypertension periodically. The quality of life of older adults with hypertension is regular, showing greater involvement in the mood. The results showed that hypertension influences in a significant and proportional way in the quality of life of older adults with hypertension attending the Health Centre Maritza Campos Diaz.

From the results, it is suggested that the nursing staff should provide a program where the elderly can have educational sessions on hypertension, and also, keep, track of hypertensive patients regularly to improve their quality of life. Nursing staff will provide education to families and caregivers about the care of the elderly in relation to medication, the importance of proper adherence to treatment, signs and symptoms that could indicate high blood pressure, self-care among others. Medical personnel must make an individualized assessment for elderly with hypertension, determining a control of the disease and the presence of complications.

Keywords: Quality of Life - Senior - Hypertension.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es el más frecuente factor de riesgo cardiovascular modificable en personas de edad avanzada. Su prevalencia se ha incrementado notablemente debido al envejecimiento de la población y a la modificación de criterios diagnósticos, actualmente situados en 140/90 mmHg, tanto para adultos mayores como para adultos más jóvenes.¹

La hipertensión arterial es una dolencia muy frecuente en el mundo occidental. Así, se calcula que en Estados Unidos hay unos 50 millones de personas hipertensas; es decir, la prevalencia es de 24%. En Latinoamérica la cifra bordea el 20%, y en el Perú, según el estudio TORNASOL, es del orden del 23,7%, es decir, uno de cada cuatro peruanos mayores de 18 años es hipertenso.²

Ser hipertenso significa tener una enfermedad que con frecuencia no produce síntomas, el 70 a 80% de los hipertensos son asintomáticos y condiciona una alta morbimortalidad: la mitad de los pacientes que sufren infarto cardiaco son hipertensos y dos terceras partes de los

¹ Fagard, R. Epidemiología de la hipertensión arterial del anciano. Am J Geriatr Cardiol Estados Unidos, 2012;11:23-8.

² Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez., Jorge. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica. Lima, 2011. Pág. 5

accidentes cerebrovasculares se presentan entre la población hipertensa, destacando en los adultos mayores, quienes de manera muy frecuente son hipertensos.

La hipertensión arterial es una de las grandes epidemias de nuestro mundo y está íntimamente ligada a los mecanismos de las diferentes enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte en nuestro entorno. Además de tener importancia como causa de muerte, también la tiene por el hecho de que está relacionada como patología degenerativa frecuente, provocando situaciones de invalidez importante, lo que genera un gran gasto social y económico. Además los adultos mayores hipertensos sufren mayor deterioro cognitivo como consecuencia de la inadecuada perfusión cerebral, requieren de frecuentes controles médicos, medicación diaria, cambios en los estilos de vida, manejo adecuado del estrés, ansiedad, depresión, lo que determina mayor afectación en la calidad de vida.³

En el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, se atiende un grupo importante de adultos mayores hipertensos, muchos de los cuales manifiestan sentirse agobiados, tristes, sin esperanza por la vida, dado que con frecuencia no logran controlar la enfermedad, presentan complicaciones y se sienten como una carga para sus familiares, además no cuentan con recursos económicos para adquirir el tratamiento prescrito, asistir al médico, entre otros.

La información anterior ha motivado la realización del presente estudio el cual tuvo como propósito determinar cómo influye la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, el que se ha sistematizado desde su planteamiento teórico, planteamiento operacional, resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

³ Brotons, Rue., Rivero, Páez, Tendencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Cataluña. España, 2011. Pág. 30.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Ciencias de la salud.

AREA: Enfermería.

LINEA: Salud del Adulto Mayor.

1.2.1. Análisis de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Características sociodemográficas	Edad	60 – 69 70 – 79 80 – 89 90 a más
	Sexo	Masculino / Femenino
	Nivel de Instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
	Situación Conyugal	Soltero Casado Conviviente Separado Viudo
	Régimen de Jubilación	Pensionista No pensionista
Variable Independiente: Hipertensión arterial	Grado de hipertensión arterial	Clasificación de la Guía Europea 2007: Grado I: > 140 – 159 /90 - 99 mmHg Grado II: > 160 -179 / 100 - 109 mmHg
	Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Tiempo (meses) transcurrido desde el diagnóstico
	Síntomas más frecuentes	Edema Arritmias Disnea Lipotimia Dolor de cabeza Otros
	Recibe medicación para la hipertensión	Sí No
	Medicamentos que utiliza para el tratamiento de la HTA	Diuréticos, betabloqueadores Bloqueadores de los canales de calcio Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECAS)

	Control médico de la hipertensión arterial	Otros Si No
Variable Dependiente: Calidad de vida	Estado de ánimo Manifestaciones somáticas Nivel de Calidad de Vida	Sentimientos de tristeza Sentimientos de miedo Inseguridad Frustración Interacciones sociales Sintomatología general Discapacidad funcional Situación analítica Alimentación Ejercicios Sueño Respuesta sexual Uso del tiempo libre Buena Regular Mala

1.2.2. Interrogantes Básicas

¿Cuáles son las características de la hipertensión arterial que presentan los adultos mayores?

¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial?

¿Cómo influye la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013?

1.2.3. Tipo de problema

El presente estudio es de tipo relacional de corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica del presente estudio radica en que permitirá obtener conocimientos y evidencias sobre la influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores. Siendo importante la participación de la enfermera en todas las fases del cuidado del paciente hipertenso, contribuyendo con el logro de objetivos de control de la enfermedad y en elevar la calidad de atención que se presta a este grupo.

El estudio es pertinente para la profesión de Enfermería, porque actualmente, el seguimiento y control de las patologías crónicas se llevan a cabo tanto en las consultas médicas como en las de enfermería, y la evolución de las necesidades sociales y una competencia profesional optimizada son impulsos para una alta participación de los profesionales enfermeros.⁴ En los establecimientos de salud, buena parte del abordaje y el seguimiento de los pacientes hipertensos es realizado por enfermería. La detección de la HTA empieza con una medición adecuada de la PA, en la mayoría de los casos realizada por personal de enfermería y posteriormente los controles mensuales, la dispensa de medicamentos y el control de la evolución, adherencia al tratamiento son evaluados por la enfermera quien deriva al paciente al control médico en caso de complicaciones o presencia de patologías concomitantes. La enfermera participa activamente en todas las etapas de la enfermedad como prevención, detección, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento. También realiza intervenciones propias de su disciplina que están específicamente definidas para la educación de la salud puesto que se apoyan en el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en los estilos de vida, así como la promoción de hábitos saludables en los diferentes grupos de población y en la población de riesgo.

Desde el punto de vista humanístico, el desarrollo del presente estudio se justifica porque la hipertensión arterial es una de las grandes epidemias de nuestro mundo y está íntimamente ligada a los mecanismos de las diferentes enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte en nuestro entorno. Además de tener importancia como causa de

⁴ Dalfó, Gibert., Vila, M., Sabartés, T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. ¿Es relevante el papel del personal de enfermería? Aten Primaria. España; 2010; 26:180-3.

muerte, también la tiene por el hecho de que está relacionada con patologías degenerativas, provocando situaciones de invalidez, lo que genera un gran gasto social y económico. En el Perú la hipertensión arterial es una enfermedad con alta prevalencia afectando sin distinción a personas de todos los niveles socioeconómicos siendo el impacto más grave en los grupos sociales menos favorecidos.

El trabajo fue factible porque permitió aplicarlo en el grupo poblacional elegido, que se encuentra en el Distrito de Cerro Colorado.

El trabajo es de actualidad, porque el aumento de la esperanza de vida, el crecimiento poblacional de los adultos mayores, además de los cambios en los estilos de vida que se han producido en los últimos años caracterizados por la mala alimentación que contribuye al sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus, el sedentarismo; el estrés de la vida diaria, entre otros, contribuyen al incremento de la prevalencia de la hipertensión arterial y todas las complicaciones derivadas de la misma. En el Perú se ha señalado que la prevalencia de la enfermedad está evidenciando un importante incremento.⁵

Finalmente, me motiva el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería a través del desarrollo de la presente investigación.

2. OBJETIVOS

2.1. Identificar las características de la hipertensión arterial que presentan los adultos mayores hipertensos.

2.2. Identificar la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial.

2.3. Determinar la influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013.

3. MARCO TEÓRICO

⁵ Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez., Jorge. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica. Lima 2011. Pág. 8.

3.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3.1.1. DEFINICIÓN

La hipertensión arterial debe ser considerada como una enfermedad o condición clínica crónica que compromete fundamentalmente los vasos sanguíneos, en forma tanto funcional como estructural. La hipertensión arterial condicionará el desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares que se presentan como producto de que la presión arterial (PA) está por encima de los valores establecidos “normales”.⁶

La hipertensión es una patología que se produce cuando se eleva la presión arterial. Éste se da cuando la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias es lo suficientemente alta llegando a causar problemas de salud, como enfermedades del corazón.⁷

3.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Este problema de salud es un factor de riesgo de muerte en el mundo y afecta tanto a hombres como a mujeres, el riesgo en un 30% de la población adulta se debe a que la presión arterial logra alcanzar un nivel por encima de 140/90 mmHg y desconocen su enfermedad. Según estadísticas mundiales uno de cada tres personas que se está tratando por hipertensión no consigue mantener su presión arterial por debajo del límite de 140/90. Desde los años 1980, el número de pacientes con diagnósticos de hipertensión han venido incrementándose a nivel mundial, superando al 33% a los registros iniciales, la prevalencia de insuficiencia renal aumentó de menos de 100 por millón de habitantes hasta más de 250 por millón y la prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva se duplicó.

⁶ Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez, Jorge. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica. Lima 2011. Pág. 7.

⁷ Ministerio de Salud. La Hipertensión Arterial. Boletín Epidemiológico. Vol 6. No 5. Lima, 2013. Pág. 1.

Los casos de hipertensión arterial a nivel mundial por lo general son más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales. Las tasas de incidencia determinados según los últimos resultados están entre 0,4 y 2,5 % anual. La mortalidad es de 8,1 por 100 000 con lo que se obtiene indicadores entre 8 000 a 9 000 muertes anuales atribuibles a la HTA.⁸

En la Región de las Américas la mortalidad relacionada con la hipertensión arterial se ubica entre las 10 primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. Según últimos estudios desarrollados en 26 ciudades del Perú (en las tres regiones) sobre problemas de hipertensión, se determinó que un 23,7% de la población mayor de 18 años tiene hipertensión arterial, con una mayor prevalencia de hipertensos en el sexo masculino (13,4%) sobre el sexo femenino (10,3%). La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población y se indica que a medida que avanzaba la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en comparación con las otras regiones del país.⁹

A. Factores de Riesgo no Modificables

a. Historia Familiar

⁸ Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez, Jorge. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica. Lima 2011. Pág. 8.

⁹ Ministerio de Salud. La Hipertensión Arterial. Boletín Epidemiológico. Vol 6. No 5. Lima, 2013. Pág. 1.

El riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón. Su riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un ataque al corazón.^{10 11}

b. Sexo

El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que en la mujer. En la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad.¹²

c. Raza

Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias.^{13 14}

B. Factores de Riesgo Modificables

Son aquéllos que intervienen de una forma directa en los procesos de desarrollo de la hipertensión arterial, se incluyen:¹⁵

¹⁰ Harold, B. Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en la atención del primer nivel. Instituto Cardiovascular Avanzado. Centro Médico Regional Audubon. Louisville EUA. Mundo Médico 2008; 315(XXXI): 219 - 234.

¹¹ Balaguer, I. Estrategias en el control de los factores de riesgo coronario en la prevención primaria y secundaria. Departamento de Cardiología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Revista Española de Cardiología. Barcelona, 2007; 6 (suplemento): Pág. 100.

¹² Gonzáles, C. Clínica de la hipertensión. México, Ediciones Médicas Actualizadas, 2009: Pág. 119.

¹³ Gonzáles, C. Idem. Pág. 119.

¹⁴ Balaguer, I. Estrategias en el control de los factores de riesgo coronario en la prevención primaria y secundaria. Departamento de Cardiología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Revista Española de Cardiología. Barcelona, 2007; 6 (suplemento): Pág. 101.

a. Niveles de colesterol total y LDL elevados

Todos los estudios realizados al respecto concluyen que las personas que consumen grandes cantidades de colesterol y grasas saturadas tienen niveles más altos de colesterol en sangre, así como una incidencia superior de hipertensión arterial. Los niveles de colesterol total y LDL aparecen asociados a la mayoría de los demás factores de riesgo. Los valores de cLDL suelen ser superiores en las personas que padecen de obesidad y se relacionan también con la diabetes, el hipotiroidismo y los antecedentes familiares de hiperlipidemia. Asimismo, personas que realizan ejercicio de forma regular y vigorosa, como corredores o nadadores, suelen mantener un colesterol LDL bajo. Por el contrario, los fumadores tienen a presentar un LDL alto.

b. Niveles de colesterol HDL bajos

También ha sido ampliamente comprobado en numerosos estudios el valor predictivo de los niveles de colesterol HDL como factor de riesgo en relación inversa a la aparición de la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular. El hecho de que las mujeres en edad fértil tengan una incidencia menor de hipertensión, está directamente relacionado con unos niveles más elevados de cHDL. Esto se debe a la acción de los estrógenos, hormonas femeninas que regulan los ciclos menstruales y que elevan el cHDL. De hecho, las mujeres pierden esta ventaja respecto a los hombres con la menopausia (caída de estrógenos) y la recuperan al recibir terapia hormonal con estrógenos.

En un meta análisis llevado a cabo a partir de múltiples estudios sobre poblaciones reales se ha llegado a la conclusión de que aumentos de 1 mg/dl conllevan una disminución de la mortalidad cardiovascular del 1,5%-2,7% en varones y del 2,5%-4,7% en mujeres. La forma de aumentar el colesterol HDL y equilibrar la proporción

¹⁵ Sociedad Española de Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: prevención y Tratamiento a través de la alimentación. Obtenido de: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF>. España. 2011. Pág. 15.

entre LDL y HDL, es decir, de disminuir el riesgo de ataques cardíacos, es sustituir la ingesta de grasas saturadas por monoinsaturadas y aumentar el ejercicio físico.¹⁶

c. Tabaquismo

Hoy en día ya no cabe ninguna duda de que el hecho de ser fumador aumenta notablemente el riesgo de sufrir hipertensión arterial. Al parecer, los culpables son la nicotina y el monóxido de carbono. La nicotina es una de las sustancias de mayor adicción en el tabaco. Cuando la nicotina (poderoso estimulante) es inhalada, empieza a actuar de forma casi instantánea forzando a las glándulas suprarrenales a segregar adrenalina, lo que provoca un aumento del ritmo cardíaco y de la presión de la sangre. En estas condiciones el corazón trabaja con más esfuerzo y se deteriora más rápidamente. La nicotina también estrecha o constriñe los capilares y las arterias, lo que eleva la presión sanguínea y reduce la circulación en los dedos, en las puntas de los pies y en toda la superficie corporal. Al mismo tiempo, la cantidad de oxígeno disponible para el corazón se reduce, lo que puede traer consigo serias complicaciones si el músculo del corazón está ya recibiendo un flujo inadecuado de sangre como resultado de la enfermedad isquémica (estrechamiento) de las arterias coronarias. Por su parte, el monóxido de carbono, un gas inodoro, que constituye del 1% al 5% del humo del tabaco, tiene una gran afinidad con la hemoglobina, la molécula de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno. Cuando el monóxido de carbono pasa a los pulmones, como ocurre cuando se fuma, éste compite con el oxígeno en ligarse a la hemoglobina, y a consecuencia de su mayor afinidad con la hemoglobina, normalmente gana y desplaza al oxígeno. Cuando el monóxido de carbono se une a la hemoglobina se forma una molécula llamada carboxihemoglobina, y en su presencia el oxígeno se une más estrechamente a la hemoglobina reduciendo la disponibilidad de oxígeno para las células del cuerpo. El monóxido de carbono también puede causar daños degenerativos en el propio músculo del corazón y modificar las paredes de los vasos sanguíneos, haciéndolas

¹⁶ Sociedad Española de Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: prevención y Tratamiento a través de la alimentación. Obtenido de: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF>. España. 2011. Pág. 15.

más susceptibles de acumular colesterol y otros depósitos grasos. En resumen: el tabaco produce una combinación de niveles incrementados de adrenalina, ritmo cardiaco acelerado, elevación de la presión sanguínea, falta de oxigenación de las células y daños en las paredes de las arterias.¹⁷

Los resultados de todos estos procesos han sido suficientemente comprobados en numerosos estudios epidemiológicos en los que se ha encontrado una alta correlación entre el hábito de fumar y la mortalidad cardiovascular. De hecho, los fumadores tienen un 70% más de probabilidad de padecer enfermedad coronaria y al hábito de fumar se le considera responsable de un 30% de las muertes coronarias en los países desarrollados. La cuestión de los fumadores pasivos es un tema de permanente controversia en nuestra sociedad. Investigaciones con animales en laboratorios han demostrado que cuando el humo del tabaco expelido por un fumador es inhalado, aumenta la posibilidad de formarse placas en las arterias debido a la elevación de la agregabilidad plaquetaria. Esto no ha sido demostrado aún en seres humanos, pero muchos investigadores piensan que la evidencia es suficientemente fuerte como para prohibir fumar en lugares públicos. Los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán no parecen disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. De hecho, muchos de los filtros de este tipo de cigarrillos aumentan la cantidad de monóxido de carbono inhalada, lo cual empeora el problema. Los fumadores de puros o pipa que no se tragan todo el humo tienen algo menos de riesgo que los fumadores (alrededor de un 70%).

d. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus aumenta notablemente el riesgo de ataques cardíacos y otras manifestaciones de enfermedades cardiovasculares. Las personas con diabetes mal controlada tienden a tener una gama amplia de complicaciones relacionadas, lo que incluye alta concentración de lípidos en sangre, enfermedades coronarias,

¹⁷ Sociedad Española de Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: prevención y Tratamiento a través de la alimentación. Obtenido de: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF>. España. 2011. Pág. 15.

hipertensión y otros desordenes circulatorios. Esto afecta tanto a las grandes arterias, provocando arteriosclerosis, como a los pequeños vasos sanguíneos, provocando hemorragias en los ojos y extremidades, o, lo que es más grave, incluso en el cerebro. La mayoría de los expertos en diabetes opina que el riesgo de estas complicaciones puede minimizarse si se mantienen niveles normales de azúcar en sangre. Esto requiere atención cuidadosa de la dieta y hacer ejercicio de forma regular. En pacientes con tratamiento insulínico es necesaria una supervisión responsable para asegurar las dosificaciones apropiadas. Paradójicamente, la presencia de diabetes supone un factor de riesgo de infarto de miocardio mayor para la mujer que para el hombre. No fumar, controlar la hipertensión y los lípidos en sangre es doblemente importante para los pacientes diabéticos.¹⁸

e. Tipo de alimentación

El efecto de la dieta sobre el desarrollo de la hipertensión arterial es más bien de tipo indirecto y actúa principalmente modificando la gravedad relativa de algunos de los demás factores de riesgo, especialmente los niveles de lípidos sanguíneos, la resistencia insulínica y la obesidad. Sin embargo, existen otras variables dependientes de la dieta y que afectan de forma importante a la protección cardiovascular sin que se reflejen directamente en el conjunto de los demás factores de riesgo. Entre estas variables dependientes de la dieta se pueden enumerar las siguientes:

- Nivel de antioxidantes en el plasma (flavonoides, transresveratol), que influyen sobre la fracción de LDL oxidadas.
- Consumo de ácidos grasos omega-3, por su efecto sobre monocitos-macrófagos. Parece demostrado que los ácidos grasos omega-3 reducen la capacidad quimiotáctica de monocitos y neutrófilos, y la adherencia de los neutrófilos al endotelio. También se les ha demostrado un cierto efecto vasodilatador.

¹⁸ Sociedad Española de Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: prevención y Tratamiento a través de la alimentación. Obtenido de: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF>. España. 2011. Pág. 16.

- Presencia de agentes trombogénicos o antiagregantes plaquetarios en la dieta. Está claramente probado que la dieta influye sobre el cociente prostaciclina/tromboxano, la liberación del activador del plasminógeno o el fibrinógeno.
- Acción de la fibra, independientemente de su capacidad reductora del colesterol por su acción sobre la flora intestinal.
- Consumo elevado de alcohol, independientemente de su acción sobre el perfil lipídico y la tensión arterial, por su acción sobre la hemostasia.
- Consumo elevado de cereales y azúcares refinados, por su acción sobre los triglicéridos, los cuales se tienden a considerar ahora como un factor de riesgo independiente.
- Consumo elevado de carnes, por el efecto destructor de los compuestos nitrogenados y toxinas en general sobre los tejidos del sistema cardiovascular, y por la inherente acumulación de aminoácidos en las membranas basales de los capilares sanguíneos.¹⁹

f. Sedentarismo

Aunque no se ha demostrado que un estilo de vida sedentario cause enfermedades del corazón o que el ejercicio pueda prevenirlas, existe una fuerte correlación estadística entre actividad física y salud cardiovascular. Hay sobradas evidencias de que el ejercicio físico mejora la salud y aumenta la longevidad. El efecto preventivo del ejercicio físico se observa incluso cuando el ejercicio realizado es ligero, y es mayor cuando el que se practica es del tipo aeróbico que cuando se realizan grandes esfuerzos de una forma súbita. Las ventajas del ejercicio físico se reflejan en los siguientes parámetros:

- Descenso ligero de la presión arterial.

¹⁹ Sociedad Española de Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: prevención y Tratamiento a través de la alimentación. Obtenido de: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF>. España. 2011. Pág. 16.

- Elevación de las concentraciones de colesterol HDL.
- Disminución de la concentración de triglicéridos.
- Ayuda a la pérdida de peso.
- Mejora la tolerancia al esfuerzo.
- Mejora el metabolismo de asimilación de los hidratos de carbono.
- Tiene efectos psicológicos beneficiosos.

g. Obesidad

En determinados individuos, la obesidad debe ser considerada un factor de riesgo de hipertensión arterial o cardiovascular por sí misma y no de una forma secundaria por su relación con el desarrollo de diabetes e hipercolesterolemia. La obesidad aumenta la carga del corazón y puede provocar enfermedades coronarias. A partir de la relación entre el perímetro de la cintura y la cadera (WHR, waist-to-hip ratio), se pueden identificar los tipos de obesidad androide y ginecoide. Una relación cintura-cadera de 1.0 o superior en varones (o de 0,8 en mujeres), indica obesidad androide y riesgo creciente de enfermedades relacionadas con la obesidad. Se utiliza esta denominación porque en los hombres el exceso de grasa corporal se distribuye normalmente en la zona de la cintura, mientras que en la mujer está generalizado que el exceso de grasa ocupe preferentemente la zona de la cadera. En la obesidad androide, la mayor parte de la grasa tiene una distribución intraabdominal, mientras que en la obesidad ginecoide la grasa es mayoritariamente subcutánea a la altura de las caderas. Esta diferencia implica un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en la obesidad androide, ya que la grasa intraabdominal se moviliza mucho más fácilmente que la subcutánea. Cuando los depósitos grasos se movilizan, aumentan los ácidos grasos en la sangre y el hígado produce una mayor cantidad de triglicéridos y colesterol, que pasan al torrente sanguíneo.

La obesidad androide está fuertemente asociada a una serie de enfermedades como la hiperlipemia, la diabetes, la hipertensión arterial y la hipertrofia ventricular izquierda (engrosamiento anormal del lado izquierdo del corazón). Cuando la obesidad sea de

tipo androide es importante que la dieta sea mucho más restrictiva en el aporte de lípidos a fin de disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. El ejercicio físico no puede dejarse de lado en estos casos. Para cualquier grado de obesidad, el aporte de energía de la dieta debe ser tal que se adapte a la condición, actividad y objetivo de peso ideal. Si esto implica una dieta baja en calorías, ésta debe ser equilibrada, con un aporte suficiente de proteínas y micronutrientes. La pérdida de peso debe conseguirse de una forma progresiva y moderada.²⁰

h. Estrés

El tipo de personalidad y la capacidad para manejar el estrés se han considerado desde siempre importantes factores para la salud. Algunos estudios epidemiológicos llevados a cabo durante los últimos 30 años han encontrado que las personalidades de tipo A (personas que sobre reaccionan incluso a los menores estímulos, que tienden a comportarse con un elevado sentido de urgencia en el tiempo y de ambición, y que son frecuentemente agresivos, hostiles o compulsivos) sufren una incidencia de ataques al corazón superior a aquéllos con personalidad del tipo B (más calmados y tolerantes). Otros estudios han demostrado que la supervivencia de los individuos con personalidad tipo B es superior a la de los de tipo A. Los efectos del estrés en el sistema cardiovascular son similares a los producidos por una personalidad tipo A: cantidad excesiva de hormonas adrenales, elevación de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco y síntomas cardiovasculares como palpitaciones o dolor de pecho. Si estas situaciones de estrés sólo se presentan ocasionalmente, no es probable que se produzca enfermedad cardiovascular ni daños permanentes, pero la exposición prolongada de estrés unida a otros factores de riesgo puede causar serios daños al sistema cardiovascular.

3.1.3. FISIOPATOLOGÍA

²⁰ Sociedad Española de Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: prevención y Tratamiento a través de la alimentación. Obtenido de: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF>. España. 2011. Pág. 17.

Partiendo de la base de que la finalidad de la presión arterial (PA) consiste en mantener una adecuada perfusión hística a lo largo del tiempo y en cualquier circunstancia, se comprende que deben existir mecanismos de regulación que permiten seguir este objetivo.

De acuerdo a la ecuación hidráulica:

$$PA = VM \times RP$$

Dónde:

PA = Presión Arterial.

VM = volumen minuto.

RP = resistencia periférica.

La PA es directamente proporcional al producto del VM x la RP. El VM es la expresión de la frecuencia cardíaca por el volumen sistólico. Tanto en individuos normales como en hipertensos la PA es mantenida por la regulación momento a momento del gasto cardíaco y de la resistencia vascular periférica, ejercida en tres sitios anatómicos: arteriolas, vénulas postcapilares y corazón.

Un cuarto sitio anatómico de control, el riñón, contribuye a mantener la PA al regular el volumen de líquido extracelular. Los barorreflejos mediados por los nervios simpáticos actúan en combinación con mecanismos humorales, incluyendo el sistema renina-angiotensina - aldosterona, para coordinar la función de estos cuatro sitios de control y mantener la PA dentro de límites normales.

En la regulación de la PA intervienen el sistema nervioso central, los riñones y el sistema endocrino, cada uno de ellos participa con una velocidad e intensidad de respuesta distinta, siendo muy rápidos los dependientes del SNC (actúan en segundos), de respuesta intermedia (minutos u horas) los sistemas de control mediados por hormonas y lentos los mediados por los riñones.

La presión arterial en un paciente hipertenso sin tratamiento es controlada por los mismos mecanismos que operan en los normotensos. La regulación en la hipertensión diferiría de lo normal en que los barorreceptores y los sistemas renales de control sanguíneo, volumen-presión, estarían desplazados a un valor superior de PA. Todos los medicamentos antihipertensivos actúan interfiriendo con alguno de estos mecanismos normales de control.²¹

A. Mecanismos Neurológicos

a. Barorreceptores

Al subir la PA se activan los barorreceptores localizados en los senos aórtico y carotídeo. Estos envían señales al centro vasomotor del bulbo y al núcleo tracto solitario (verdadero centro regulador de la PA). La eferencia se hace a través del sistema nervioso autónomo para disminuir la actividad cardíaca y dilatar los vasos periféricos, con lo cual desciende la presión arterial a sus valores primitivos. Este mecanismo es eficiente entre 100 y 180 mm de Hg de presión arterial sistólica.

b. Quimiorreceptores

Cuando la presión arterial sistólica disminuye a 80 mm de Hg o menos, actúan los quimiorreceptores de los cuerpos aórticos y carotídeos, vía centro vasomotor bulbar. Estos quimiorreceptores detectan cambios en la presión parcial de oxígeno (PO₂), presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂) y pH arteriales como consecuencia de la llegada de una escasa cantidad de oxígeno y la mala eliminación del dióxido de carbono.

c. Respuesta isquémica del SNC

Cuando la presión arterial sistólica cae a valores de 40-50 mm de Hg se dispara este potente mecanismo de eferencia bulbar y por respuesta simpática, envía señales que

²¹ Ibañez, T. Hipertensión Arterial. 1ra edición. Argentina: El Ateneo. 2011. Pág. 15.

provocan vasoconstricción periférica y aumento de la actividad cardíaca, tendientes a elevar la PA hacia la normalidad.

B. Mecanismos Endocrinos

El sistema renina - angiotensina-aldosterona se activa cuando se produce un descenso de la presión arterial, de la volemia, del sodio o cuando se produce un aumento del potasio. Este sistema produce vasoconstricción por acción de la angiotensina II y retención de sal por la aldosterona. La aldosterona liberada por aumento de la osmolaridad, actúa a nivel renal reteniendo agua. El péptido auricular natriurético jugaría un rol como mediador antihipertensivo.

C. Mecanismos Renales

Los riñones como tercer mecanismo, al controlar el volumen sanguíneo constituyen el principal factor responsable de la regulación a largo plazo de la PA con ganancia infinita, es prácticamente perfecto y es el que en última instancia promueve el ajuste fino y exacto de la PA. Esquemáticamente el riñón actúa de la siguiente manera:²²

- 1- La reducción de la presión arterial lleva a una hipoperfusión renal lo que produce redistribución intrarrenal del flujo sanguíneo y un incremento en la reabsorción de sal y agua, con lo cual aumenta la volemia y la PA.
- 2- A la inversa, un aumento de la PA produce natriuresis y retorno de la PA sus valores normales. Aparentemente la hipertensión resultaría en última instancia una alteración renal para eliminar el agua y la sal que se incorpora normalmente, de tal manera que para balancear lo que ingresa debe hacerlo a costa de una mayor PA.

D. Otros Mecanismos

²² Ibañez, T. Hipertensión Arterial. 1ra edición. Argentina: El Ateneo. 2011. Pág. 15.

La serotonina como neurotransmisor modulador de acción central y periférica, a través de los diferentes subtipos de receptores, también jugaría un rol como prohipertensiva.

El factor de relajación endotelial o EDRF, es un factor local liberado por el endotelio vascular, que posee acciones relajantes del músculo liso vascular es decir, acciones antihipertensivas. La endotelina es un péptido derivado del endotelio, capaz de producir contracción sostenida del músculo liso vascular de arterias. Se considera un importante péptido regulatorio cardiovascular y fue observado que cuando se libera en cantidades anormalmente grandes puede tener un rol en la hipertensión, debido a sus potentes acciones vasoconstrictoras a nivel renal, coronario y sistémico, lo cual disminuye la excreción de sodio y activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona.

La terapéutica antihipertensiva depende necesariamente de la interferencia con los mecanismos fisiológicos que regulan la PA. Así, los bloqueantes cálcicos disminuyen la resistencia periférica y reducen la PA, los diuréticos disminuyen la PA aumentando la excreción de sodio del organismo y reduciendo el volumen circulante; los inhibidores de la enzima de conversión que interfieren con el sistema renina-angiotensina-aldosterona, reduciendo la resistencia vascular periférica y por consiguiente la PA. Los simpaticolíticos interfieren con las funciones del sistema adrenérgico, presinápticamente o por bloqueo de los receptores alfa o beta. Por otra parte los agentes musculotrópicos producen vasodilatación por acción directa y descenso de la PA.²³

3.1.4. CLASIFICACIÓN

Se considera como hipertensa a toda persona mayor de 18 años que presente cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg, de acuerdo con el último reporte del Joint National Committee del 2003. Desde el punto de vista etiológico se la puede clasificar en:²⁴

²³ Ibañez, T. Hipertensión Arterial. 1ra edición. Argentina: El Ateneo. 2011. Pág. 16.

²⁴ Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez, Jorge. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica. Lima 2011. Pág. 7.

A. Hipertensión Esencial

También llamada primaria o criptogénica por no tener una causa conocida. Representa el 90-95% de los casos.

B. Hipertensión Secundaria

En este caso la hipertensión es secundaria y obedece a una causa conocida como:

a. Renales: que a su vez pueden ser subagrupadas en:

- Enfermedad vásculo-renal: estenosis ateromatosa, displasia fibromuscular, vasculitis.
- Enfermedad renoparenquimatosa: glomerulonefritis aguda y crónica, enfermedad poliquística, pielonefritis crónica, nefropatía obstructiva, tumores renales, insuficiencia renal aguda y crónica, síndrome nefrótico, tuberculosis renal, nefritis por radiaciones.

b. Tumores productores de renina.

c. Enfermedades endócrinas: Hiperfunción corticosuprarrenal, hiperaldosteronismo primario y secundario, síndrome de Cushing, carcinoma suprarrenal y tumores ectópicos reductores de ACTH. Feocromocitoma, Acromegalia, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Diabetes.

d. Cardiovasculares: Coartación de la aorta, insuficiencia aórtica, fístula arteriovenosa.

e. Fármacos: Bicarbonato de sodio, anticonceptivos, aminas simpaticomiméticas, corticoides, intoxicaciones por Pb y Hg.

f. Neurogénica: Tumores encefálicos, accidentes cerebrovasculares, encefalitis, poliomielitis.

g. Enfermedad sistémica: Policitemia, colagenopatías.

h. Misceláneas: Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, hipoxia e hipercapnia.

Una clasificación clínica define la hipertensión arterial según las cifras de presión arterial diastólica de la siguiente manera:²⁵

- Hipertensión leve: 90 a 105-109 mm Hg.
- Hipertensión moderada: 105-109 a 115-119 mm de Hg.
- Hipertensión severa: mayor a 115-119 mm de Hg.
- Hipertensión maligna: mayor o igual a 130 mm de Hg, fondo de ojo grado III o IV y compromiso renal.

La clasificación según el séptimo reporte (2003) se considera:²⁶

- Normal: < 120 y < 80 mmHg.
- Prehipertensión: 120 a 139 ó 80 – 89 mmHg.
- HTA Estadío 1: 140 a 159 ó 90 a 99 mmHg.
- HTA Estadío 2: > 160 ó > 100 mmHg.

La clasificación de la presión arterial según la Guía Europea del 2007 es la siguiente:²⁷

- Óptima: < 120 y < 80 mmHg.
- Normal: 120 a 139 y/ó 80 a 89 mmHg.
- Normal alta: 130 a 139 y/ó 85 a 89 mmHg.
- HTA

²⁵ Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez, Jorge. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica. Lima 2011. Pág. 7.

²⁶ Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez, Jorge. Idem. Pág. 8.

²⁷ Ruiz, Enrique., Segura, Luis., Rodríguez, Jorge. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica. Lima 2011. Pág. 8.

- Grado 1: 140 a 159 y/o 90 a 99 mmHg.
- Grado 2: 160 a 179 y/o 100 a 109 mmHg.
- Grado 3: ≥ 180 y/o ≥ 110 mmHg.
- Sistólica aislada: ≥ 140 y < 90 mmHg.

3.1.5. DIAGNÓSTICO

No pocas veces la primera manifestación de la HTA es el daño en órganos blanco, con aparición de enfermedad coronaria (EC), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), evento cerebrovascular (ECV) o enfermedad renal crónica (ERC). En general, los síntomas de la HTA, cuando se presentan, son inespecíficos e incluyen cefalea, mareo y acúfenos.

Para hacer el diagnóstico de HTA, se debe promediar dos o más mediciones tomadas con un intervalo de dos minutos, por lo menos. Si éstas difieren por más de 5 mm Hg, se deben obtener mediciones adicionales. Es recomendable realizar tomas en días diferentes antes de establecer el diagnóstico definitivo.

A. Técnica para la toma de la Presión Arterial

Para la toma de la presión arterial, deben seguirse las siguientes recomendaciones:²⁸

- El paciente debe estar sentado con la espalda apoyada y el brazo a la altura del corazón, con los pies apoyados en el piso.
- Tome la presión arterial después de 5 minutos de reposo.
- El paciente no debe haber fumado ni consumido cafeína en los 30 minutos previos.
- No debe hablar durante la medición.
- Debe soportar el brazo en ligera flexión, con la palma de la mano hacia arriba. Se prefiere el brazo dominante.
- Debe usarse de preferencia el tensiómetro de mercurio, pues brinda los valores más confiables. Sin embargo, puede utilizarse el tensiómetro aneroides bien calibrado o un

²⁸ García, Paola., Urrego, Juan., D' Achiardi, Roberto., Delgado, Víctor. Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo. Rev. Universitas Médica Javeriana Vol. 45 N° 2. España, 2004. Pág. 78.

medidor electrónico validado, teniendo en cuenta que éste último ofrece menor confiabilidad. No se recomiendan Los tensiómetros de muñeca o digitales.

- El brazalete debe cubrir el 80% de la circunferencia del brazo y dos terceras partes de la longitud del mismo. Debe usarse la campana del fonendoscopio para realizar la lectura.
- El borde inferior del brazalete debe estar, al menos, 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Si el ancho del brazo es igual o mayor de 33 cm, se debe usar el brazalete grande de adultos.
- Tome la presión arterial sistólica por palpación, para lo cual se infla el manguillo hasta la desaparición del pulso radial y, luego, se desinfla rápidamente.
- Espere de 15 a 30 segundos.
- Infle el manguito en forma rápida hasta 30 mm Hg por encima de la presión arterial sistólica palpada.
- Desinfle a razón de 2 mm Hg por segundo o por latido.
- Lea la presión sistólica donde usted oye el primero, por lo menos, de dos latidos regulares.
- Lea la presión diastólica donde el sonido desaparece (fase V de Korotkoff).

B. Pruebas auxiliares

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

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

o la relación albúmina/creatinina, depuración de creatinina, radiografía de tórax, ecocardiograma, hemoglobina glucosilada, TSH y doppler de arterias renales.²⁹

3.1.6. TRATAMIENTO

La meta de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbimortalidad por eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y la prevención del daño renal. Se recomienda lograr cifras de TA inferiores a 140/90 mm Hg y el VII JNC recomienda, en presencia de diabetes o Enfermedad Renal Crónica (ERC), TA menor de 130/80 mm Hg.

El tratamiento debe incluir el control de los factores de riesgo cardiovascular y el tratamiento de enfermedades asociadas que generen mayor riesgo. Esto implica recomendar cambio del estilo de vida a todos los pacientes, asociado o no con terapia farmacológica junto con el tratamiento de todas las condiciones de riesgo (por ejemplo, diabetes, tabaquismo, dislipidemia, etc.).

El VII JNC resalta la importancia de la relación médico paciente para motivar al paciente a cumplir con la terapia. El paciente debe estar suficientemente informado sobre la historia natural de su enfermedad, los efectos secundarios de los medicamentos y las metas de presión arterial.

A. Medidas No Farmacológicas

- **Modificaciones del estilo de vida.** Un estilo de vida saludable es la recomendación de primer orden en todos los casos de HTA. Estas recomendaciones incluyen: suspender el tabaquismo, disminuir de peso, manteniendo el IMC entre 18,5 y 24,9; seguir la dieta DASH rica en potasio, calcio, frutas, vegetales, baja en sodio y con bajo porcentaje de grasas saturadas; reducir la ingestión de sal a 6 g por día, realizar actividad física regular aeróbica

²⁹ García, Paola., Urrego, Juan., D' Achiardi, Roberto., Delgado, Víctor. Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo. Rev. Universitas Médica Javeriana Vol. 45 N° 2. España, 2004. Pág. 78.

como caminar 30 minutos al día la mayoría de los días de la semana y, por último, disminuir la ingestión de alcohol a máximo 30 ml de etanol (24 onzas de cerveza, 10 onzas de vino o 3 onzas de whisky). Estas modificaciones en el estilo de vida aumentan la eficacia del tratamiento hipotensor y disminuyen el riesgo cardiovascular.

B. Tratamiento farmacológico

Todos los pacientes, bien sean prehipertensos o hipertensos (VII JNC), deben adoptar todas las modificaciones de estilo de vida descritas antes, a la vez que se inicia el manejo farmacológico. Este último se inicia en los estados 1 y 2 de HTA según se describe a continuación:³⁰

En el estado 1 se recomienda iniciar con diuréticos tiazídicos y si no hay control adecuado, adicionar IECA, antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), betabloqueadores (BB) o calcioantagonistas (CA), según criterio del médico tratante.

En el estado 2 se debe usar la combinación de dos o más medicamentos antihipertensivos para la mayoría de los pacientes, usualmente tiazidas e IECA, ARA II, BB o CA.

El antihipertensivo ideal debe: tener un buen perfil hemodinámico, evitar el daño de órgano blanco, tener pocos efectos adversos, ser eficaz en monoterapia, tener índice pico valle mayor de 0.5, permitir buena adherencia al tratamiento, ser de bajo costo e, idealmente, tener una duración mayor de 24 horas, que mantenga al paciente protegido si olvida tomar una dosis.

- **Seguimiento ambulatorio**

El paciente debe controlarse mensualmente, en especial cuando tienen HTA estado 2 u otras complicaciones asociadas. Se debe controlar creatinina y potasio 1 ó 2 veces

³⁰ García, Paola., Urrego, Juan., D' Achiardi, Roberto., Delgado, Víctor. Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo. Rev. Universitas Médica Javeriana Vol. 45 N° 2. España, 2004. Pág. 80.

al año. Una vez controlada la TA, se pueden espaciar los controles a cada 3 a 6 meses. Asimismo, se recomienda vigilar otras patologías como diabetes mellitus, falla cardíaca o enfermedad coronaria, entre otras.



3.2. CALIDAD DE VIDA

3.2.1. DEFINICIÓN

“Es el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida”.³¹

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.³²

Según Velandia la calidad de vida en el adulto mayor, es “La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.³³

Eamon O'Shea, citado por Rodríguez y cols, sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”.³⁴

³¹ Martín, A; Cano, J. Compendio de Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 2005. Pág. 178.

³² Organización Mundial de la Salud. LIV Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de la salud. Ginebra, 2001. Pág. 39.

³³ Velandia, A. Investigación en salud y calidad de vida. España, 2005. Pág. 300.

³⁴ Rodríguez, G; Gil, J, García, E. Metodología de la Investigación Cualitativa. España, 2006. Pág. 31

3.2.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

A. Dimensión física

Hace referencia a la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

B. Dimensión psicológica

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

C. Dimensión social

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.³⁵

3.2.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Al aceptar la calidad de vida como entidad, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos.

³⁵ Lugones, M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. España, 2002: Pág. 13.

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios.

Si los temas escogidos son los adecuados, el resultado de la escala de medición diferirá del valor real de la calidad de vida por un pequeño error de medición, y poseerá propiedades estadísticas. “Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.”³⁶

3.2.4. INTERRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El impacto que la calidad de vida tiene en nuestro comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas, que deben ser cuantificadas cuando relacionamos éstas con la salud o enfermedad, en este caso la Hipertensión Arterial.

Existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medicación; siendo más marcado cuando hablamos de personas enfermas crónicas, sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre con el paciente hipertenso. Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión

³⁶ Testa, M; Simonson, D. Assessment of quality of life outcomes. Estados Unidos, 2006. Pág. 835.

asintomática, como la hipertensión ligera o en estadio inicial (Estadio I del JNC VII reporte), la percepción del paciente a su avance o a los beneficios del control de la misma, pueden ser muy subjetivas.

Esta subjetividad no evita la relación lineal existente entre las cifras de presión arterial y el riesgo de muerte por desarrollo de enfermedad cardiovascular, por ejemplo, como ha sido claramente establecido. En este sentido la persona enferma que no presenta síntomas, desconoce el riesgo al que se somete en el caso de no ser diagnosticado y tratado; inclusive en algunas de estas ocasiones no parece consciente de la importancia de su enfermedad, dado que subjetivamente se encuentra bien.³⁷

Psicológicamente los pacientes hipertensos, pueden ser valorados en el sentido de encontrarse bien o con síntomas tales como la ansiedad y la depresión ya que éstos se han demostrado como los que con más frecuencia preocupan a los pacientes hipertensos.³⁸ Actualmente se precisan medidas más concretas de los cambios psicológicos que sobre el organismo se producen con la propia enfermedad y su tratamiento.³⁹

Considerada, sin embargo, inicialmente como una enfermedad menor; cuando el tratamiento farmacológico se aplica, fundamentalmente a pacientes con hipertensión arterial grave, resulta más relevante, teniendo en cuenta, que en la actualidad, se tiende a clasificar a los pacientes en muy diversas categorías de afectación orgánica, aplicándose criterios de riesgo cardiovascular a todas las categorías de pacientes hipertensos y planteándose como objetivos del tratamiento, conseguir cada día cifras más ajustadas a los riesgos cardiovasculares consideradas imposible hace años.⁴⁰

³⁷ Battersby, C., Hartley, K., Fletcher, E., Markowe, L., Styles, W., Sapper, H., Bulpitt, J. Quality of Life in treated hypertension: a case-control community based study. . J Hum Hypertens United states, 1995; 9:981-986.

³⁸ Meddin JR. Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States National survey. Social Science and Medicine. En Cambell A. The sense of well-being in America. McGraw-Hill, N.Y. 2006.

³⁹ Organización Mundial de la Salud. Guías para el Manejo de la Hipertensión Arterial. 2009. Ginebra. Pág. 50.

⁴⁰ Williams. H. Índice de Síntomas Psicológicos de Distrés Emocional: Una herramienta para evaluar el impacto de los agentes farmacológicos en la calidad de vida. Arch Intern Med, Estados Unidos, 2004; 159:693-700.

Al hablar de calidad de vida, estamos hablando por tanto, no sólo de tolerancia clínica o metabólica a la enfermedad, sino de ausencia de síntomas, incluidos los derivados de la medicación recibida o de sus efectos secundarios.

3.2.5. COMO AFECTA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL A LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida del paciente hipertenso presenta, además de todas las características anteriormente anotadas, otras connotaciones o variables debido a los efectos adversos del tratamiento que recibe, en el caso de que sea farmacológico. La percepción de su estado de salud y estado psicológico, relacionados con encontrarse bien o por el contrario percibirse psíquicamente irritable, ansioso o deprimido en relación con su enfermedad, va a estar, en parte condicionadas por el tratamiento que recibe⁴¹ o por los cambios de vida que debe realizar. Sin embargo, tratándose de hipertensión, los potenciales beneficios que se pueden obtener con el tratamiento y descenso de las cifras de presión arterial, puede llevar consigo efectos desfavorables que alteren la calidad de vida, lo que todavía hace más subjetiva su valoración.

Siendo la calidad de vida, un concepto referido a una percepción subjetiva del estado de bienestar físico y psicológico, incluyendo función cognitiva, relaciones sociales y actividad laboral así como satisfacción vital, cualquier enfermedad crónica va a repercutir en mayor o menor grado en el estado de salud percibido por el paciente. La utilización de cuestionarios adecuados de calidad de vida puede poner de manifiesto estos cambios en la salud percibida, y descubrir aquellos nuevos síntomas desarrollados, tras instaurar un tratamiento.⁴² El tratamiento que un paciente crónico debe recibir por su enfermedad también puede conllevar efectos negativos en su calidad de vida que será necesario ponderar antes de su prescripción.

⁴¹ Nackley, F. Quality of life and antihypertensive therapy in men: a comparison of captopril with enalapril. *N Engl J Med*, England, 2004; 328:907-913.

⁴² Williams. H. Índice de Síntomas Psicológicos de Distrés Emocional: Una herramienta para evaluar el impacto de los agentes farmacológicos en la calidad de vida. *Arch Intern Med*, Estados Unidos, 2004; 159:693-700.

3.2.6. CÓMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO

A. Ansiedad y vida diaria

En la evolución de algunas enfermedades crónicas, se comete el error, de creer que la vida de los pacientes, está limitada por el transcurso de éstas; el propio paciente, tiende a encontrarse falto de salud, sin tener en cuenta que, después del diagnóstico de enfermedad hipertensiva, se suceden varios años de evolución en diferentes estadios, condicionados en parte por la sensación de bienestar que el paciente percibe, ajustada a su edad, además de a otros parámetros psicológicos y físicos, como ya hemos comentado previamente. Durante la enfermedad hipertensiva el vigor físico dependerá en gran parte del tipo de vida seguido por el paciente y de sus condiciones tanto físicas como mentales para adaptarse a la enfermedad evitando el sedentarismo que aumenta con la edad. En gran medida, la situación general física del paciente, va a depender de que mantenga una dieta alimenticia equilibrada y de que se mantenga en buena forma física y psíquica con lo que podrá llevar a cabo una vida diaria normalizada, evitando la ansiedad que poco a poco puede irse instaurando en su vida, ante las preocupaciones.

El descanso, la relajación y una serie de actividades lúdicas ayudan a mantenerse activo y con la mente alerta, evitando situaciones de stress ansiedad o depresión. Es importante mantener una actitud positiva, ya que cuando una persona considera que está enferma, se comporta con condicionantes negativos en la aceptación de su realidad y sus capacidades. Esto le va a permitir ser eficaz y competente en su trabajo diario, manteniendo la confianza en sí mismo para poder disfrutar de la vida, sin sentirse enfermo.⁴³

B. Estrés y enfermedad

⁴³ Oakley A. Who cares for health? Social relations, gender and public health. J Epidemiol Comm Health; Estados Unidos, 2007: 48:427-434.

Para la mayor parte de las personas, el simple hecho de enfermar, lo perciben como una situación amenazante y desencadenante de respuestas de estrés, que a su vez agrava su situación basal, conduciendo a un estímulo del sistema nervioso simpático y transformándose en un círculo vicioso que empeora la situación. Por ello, cuanto más participe el paciente en su propio cuidado, más positiva será su adherencia al tratamiento, cumplimiento del mismo y rehabilitación; a ello contribuye la responsabilidad médica de facilitar la mayor información posible, así como lo más exacta y completa sobre la enfermedad y estado de salud, para ofrecerle la posibilidad de participar en el proceso evolutivo de su enfermedad y contribuir al máximo bienestar físico y emocional.⁴⁴

C. Medidas higiénico – dietéticas

El uso de medidas no farmacológicas o de modificaciones en el estilo de vida son ampliamente aconsejadas por los diferentes Comités y Organismos oficiales, sin embargo, la prescripción por los médicos y cumplimiento por los pacientes es escasa. El cumplimiento de estas medidas conlleva un tiempo de instrucción y motivación del que no siempre se dispone. Una de las primeras medidas a seguir es la reducción del grado de ansiedad, para ello, una variedad de terapias de modificación conductual incluyendo meditación trascendental, yoga, biofeedback (biorrealimentación) y psicoterapia.

Cualquiera de estas técnicas, no sólo ayudan a controlar las cifras de presión arterial, sino a aumentar la autoestima del propio paciente llegando en ocasiones a poder reducir la medicación antihipertensiva. Otro aspecto que influye en la CV del paciente hipertenso es la reducción del estrés, como se ha señalado, que no es más que la disminución de la hiperreactividad del sistema nervioso simpático. Las personas se convierten en hipertensas no porque sufran mayor estrés sino porque responden de forma diferente a las situaciones de estrés. Sin embargo, para otros autores esta relación entre estrés e hipertensión arterial no parece tan clara, ya que dependería de varios factores, naturaleza del estrés, la percepción del estrés por parte del individuo y de la susceptibilidad del individuo. Una de las técnicas

⁴⁴ Williams. H. Índice de Síntomas Psicológicos de Distrés Emocional: Una herramienta para evaluar el impacto de los agentes farmacológicos en la calidad de vida. Arch Intern Med, Estados Unidos, 2004; 159:693-700.

más empleadas en el control de la hipertensión arterial es la biorrealimentación, que consiste en la utilización de instrumentos monitores, generalmente eléctricos, con objeto de detectar y amplificar procesos fisiológicos internos, para poner a disposición del sujeto esta información, posibilitando el control voluntario y su modificación. Lo que se intenta es facilitar la información sobre funciones fisiológicas de las cuales no es consciente, para dar posibilidad a un control volitivo de funciones biológicas que se consideran autónomas. Aunque los resultados de su utilización no han sido excesivamente satisfactorios, su utilidad aumenta cuando se ha combinado con otras técnicas indirectas de control de la presión arterial, por ejemplo la relajación muscular.

La práctica con regularidad de ejercicios físicos que proporcionan la pérdida de calorías en exceso, tono y fuerza muscular y ayudan a equilibrar el sobrante de la dieta de cada día. Estos ejercicios se deben de realizar de forma aeróbica y con gasto de energía cuantificable, siendo en realidad suficiente con unos 40 minutos de paseo rápido aeróbico al menos 4 – 5 días a la semana. El ejercicio físico es un soporte magnifico para eliminar tensiones y contracturas musculares, cefaleas y otros síntomas generados por el estrés diario, con lo que evitaremos que el paciente lo atribuya a su enfermedad hipertensiva.

Entre las medidas higiénico-dietéticas, resulta interesante poder transmitir mensajes y recomendaciones veraces, a los que probablemente no se les da mucha importancia, como es el abuso de ciertas sustancias, sean o no favorecedoras de hipertensión, como son el tabaco, el alcohol, la cafeína y otros hábitos propios de la civilización actual. El propio sedentarismo, (ver la TV o estar delante de un ordenador durante horas).

3.3. ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO

3.3.1. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

En esta etapa del proceso, enfermería realiza intervenciones propias de su disciplina que están específicamente definidas para la educación de la salud puesto que se apoyan en el

funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en los estilos de vida, así como la promoción de hábitos saludables en niños y adolescentes y en la población de riesgo.^{45 46}

Las actividades asistenciales de los profesionales de enfermería se centran principalmente en la prevención secundaria, en el control de las patologías crónicas. Las funciones de enfermería están registradas y ligadas directamente con los programas y protocolos puestos en marcha por la administración sanitaria. Enfermería participa activamente en todas las etapas de la enfermedad: prevención, detección, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento. Estas intervenciones enfermeras se desempeñan dentro de un trabajo de equipo que comparte metodologías y tiempos similares. A continuación se detallan las funciones asistenciales de enfermería en las consultas, centrándonos en la intervención a pacientes con HTA y riesgo cardiovascular.

A. Actuación de enfermería en el diagnóstico y seguimiento de la HTA

En los últimos tiempos estamos asistiendo a un notable incremento de la demanda de servicios enfermeros por parte de los ciudadanos. Actualmente, el seguimiento y control de las patologías crónicas se llevan a cabo tanto en las consultas médicas como en las de enfermería, y la evolución de las necesidades sociales y una competencia profesional optimizada son impulsos para una alta participación de los profesionales enfermeros.⁴⁷ Es probable que buena parte del abordaje y el seguimiento de los pacientes hipertensos pueda ser realizado por enfermería. La detección de la HTA empieza con una medición adecuada de la PA, en la mayoría de los casos realizada por personal de enfermería. Esta intervención es muy importante, pues de ella depende en muchas ocasiones el hecho de etiquetar erróneamente o no a un individuo como hipertenso. Por consiguiente, resulta de extraordinaria importancia tomar correctamente la PA, que deberá realizarse con una técnica correcta y unos aparatos de medida que garanticen la fiabilidad de los resultados obtenidos.

⁴⁵ Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2003. Pág. 44 – 45.

⁴⁶ SEMFYC-PAPPS. Guías de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Barcelona, 2008. Pág. 3.

⁴⁷ Dalfó, A., Gibert, E., Vila, A., Sabartés, T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. ¿Es relevante el papel del personal de enfermería? Aten Primaria. España, 2009;26:180-3.

B. Metodología de la medida de la presión arterial

La medición de la PA es una herramienta básica para el diagnóstico, el control y el seguimiento de la HTA. Aunque la mayoría de los profesionales consideran que esta medición es fácil y que sus resultados son exactos, el método suele estar lleno de pequeños errores y frecuentemente es inexacto ya que la PA es un parámetro variable sujeto a la influencia de muchos factores, entre los que destacan la propia variabilidad intrínseca de la PA y la reacción de alerta (fenómeno de “bata blanca”).⁴⁸

a. Variabilidad de la presión arterial

La PA no es un parámetro estático a lo largo del día, sino que son ondas que oscilan debido a una variabilidad tanto intrínseca como extrínseca. Son múltiples las actividades cuya influencia en la PA se ha demostrado mediante el uso de registros de 24 h.

b. Reacción de alerta

La mayoría de las personas a las que se les realiza una medida de PA sufren una elevación transitoria de ésta, situación que conocemos como reacción de alerta o fenómeno de “bata blanca”. Esta reacción es inconsciente y depende principalmente del tipo de persona que haga la medición y del sitio donde se realiza. La PA casi siempre es menor ante una enfermera que ante un médico, ante un médico de atención primaria que ante un médico especialista, o en una consulta que en un servicio de urgencias. Las medidas de PA realizadas por la enfermera son inferiores a las medidas clínicas y se relacionan mejor con la afectación orgánica.⁴⁹ La reacción de alerta también es mayor en la primera visita y tiende a

⁴⁸ Guías de actuación de enfermería en hipertensión arterial y riesgos cardiovasculares asociados. Madrid: Grupo EHRICA; 2006.

⁴⁹ Martínez, A., Aguirre, A., Sánchez, M., Nevado, A., Laguna, I., Torre, A. et al. The determination of arterial pressure by the physician or the nurse: its relation to ambulatory pressure and left ventricular mass. The

atenuarse en sucesivos controles. Hay muchos estudios que demuestran que los descensos de las cifras tensionales más intensos se producen en la tercera o cuarta visita del paciente a la consulta, para luego estabilizarse, aunque se siguen produciendo hasta la octava visita. La reacción de alerta también tiende a extinguirse con el tiempo, todavía dentro de la misma visita, por lo que si se realizan tomas reiteradas de PA, se observan descensos hasta la cuarta o quinta medida. Por ello, las sociedades científicas recomiendan que el diagnóstico de HTA se establezca en un mínimo de dos visitas en días diferentes.^{50 51} Para el seguimiento de una HTA, también se tendrá en cuenta la hora en la que se realiza la medida de la PA y el horario de la toma de los fármacos antihipertensivos por parte del paciente.

C. Valoración inicial y estratificación del riesgo cardiovascular

En los primeros contactos del sujeto con sospecha de HTA con el sistema sanitario se debe hacer una valoración inicial que incluirá una historia clínica individualizada dirigida a la historia familiar de HTA o de enfermedad cardiovascular, la detección de otros factores de riesgo cardiovascular y la existencia o no de lesión del órgano diana o de enfermedad cardiovascular. Mención especial merece el hecho de la frecuente asociación de la HTA con otros factores de riesgo cardiovascular y, en este sentido, resulta esencial la detección de sujetos con acumulación de dos o más factores de riesgo, particularmente si esta detección lleva al diagnóstico de síndrome metabólico. La evaluación inicial del sujeto está dirigida a confirmar los valores elevados de PA y a establecer el nivel de riesgo cardiovascular según las tablas ad hoc de las guías correspondientes.^{52 53}

MAPA-Madrid Group. Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (Ambulatory Monitoring of Arterial Pressure). *Med Clin (Barc)*. España, 2006;113:770-4.

⁵⁰ Fagard, R., Germano, G., et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2007;25:1105-87.

⁵¹ De la Sierra, A., Gorostidi, M., Marín, R., Redon, J., Banegas, R., Armario, P. et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *Med Clin (Barc)*. España, 2008;131:104-16.

⁵² Fagard, R., Germano, G., et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. España, 2007;25:1105-87.

⁵³ De la Sierra, A., Gorostidi, M., Marín, R., Redon, J., Banegas, R., Armario, P. et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *Med Clin (Barc)*. España, 2008;131:104-16.

D. Planificación de los cuidados

Una vez establecido el diagnóstico de HTA y el nivel de riesgo cardiovascular, se elaborará un plan de actuación. En esta fase, la intervención de enfermería es muy importante, sobre todo en lo que se refiere al tratamiento no farmacológico de la HTA y del riesgo cardiovascular así como en la evaluación del cumplimiento terapéutico.⁵⁴

E. Educación para la salud

La educación sanitaria del paciente hipertenso es responsabilidad tanto del médico como del personal de enfermería. Habitualmente, la frecuencia de las visitas de seguimiento por parte de enfermería es mayor que la correspondiente al médico, por lo que la educación sanitaria constituye una de las labores más importantes de enfermería. Con respecto a dicha actividad, la función específica de estos profesionales es tratar de incentivar la actitud del paciente mediante la educación sanitaria y establecer las etapas de cambio en que se encuentran. Uno de los primeros pasos para conseguir estos objetivos es que el paciente confíe en todo el equipo. Para ello, es importante que conozca la función de la consulta de enfermería, el funcionamiento de los servicios sanitarios y la coordinación con la consulta médica.

Asimismo, es necesario crear un clima de confianza con el paciente que le permita la libre expresión de sus sentimientos y dudas. De esta manera se iniciarán las actividades educativas a partir de las necesidades del diálogo-pacto con el paciente. El profesional de enfermería realiza una importante labor de educación sanitaria con el paciente, informándole en términos sencillos y claros sobre su proceso, qué factores influyen en su salud y la importancia que tiene el control de los mismos, aportando, a su vez, medidas para prevenir, optimizar o disminuir en lo posible su nivel de riesgo cardiovascular. Estas medidas educativas y de promoción del autocuidado llevan implícitas una serie de enseñanzas de técnicas de autocontrol, como son la Auto Medida de la Presión Arterial (AMPA) o el control de las glucemias en caso de diabetes, además de otros cuidados que precise el paciente según los problemas individuales detectados. La consulta de enfermería en HTA y

⁵⁴ Márquez, E. Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica. Hipertensión. 2008;25:205-13.

riesgo cardiovascular puede contribuir a la mejora en el grado de control de la enfermedad hipertensiva y sus complicaciones.^{55 56}

Además, el personal de enfermería ha de tener un papel fundamental en las actividades de educación para la salud de carácter grupal, como son los talleres de manejo del estrés y relajación, la deshabituación del hábito tabáquico, la alimentación y nutrición, el ejercicio (promoción de la actividad física en adultos y mayores) y la prevención del riesgo cardiovascular.

F. Modificaciones del estilo de vida

Las modificaciones del estilo de vida (tratamiento no farmacológico) constituyen la base del manejo del paciente hipertenso. Un estilo de vida saludable facilitará el control de la HTA y contribuirá en la reducción del riesgo cardiovascular global. Estas modificaciones del estilo de vida deben instaurarse en todo paciente hipertenso y también en los sujetos con PA normal-alta, en los que pueden diferir el desarrollo de la HTA.⁵⁷

El éxito de las recomendaciones relacionadas con los hábitos de vida depende en gran medida de los conocimientos, habilidades de comunicación, experiencia y dedicación del profesional sanitario. La labor de enfermería consistirá en informar al paciente sobre la importancia de las mismas y el beneficio que se deriva de su cumplimiento, educar en pautas nutricionales, de ejercicio, de abandono del consumo de tabaco o de alcohol y, sobre todo, en la supervisión del mantenimiento de estas medidas a largo plazo. La dificultad para conseguir este último aspecto es causa frecuente de fracaso terapéutico. Actualmente se dispone de múltiples herramientas para abordar las modificaciones del estilo de vida, por lo que es fundamental la formación continuada en este campo.

⁵⁵ Bengston, A., Drevenhorn, E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. *Clin Nurse Spec.* 2003;17:260-8.

⁵⁶ Chummun, H. Hypertension: a contemporary approach to nursing care. *Br J Nurs.* 2009;18:784-9.

⁵⁷ Barrios, V., Dalfó, A. et al. Documento de consenso para el manejo de pacientes con presión normal-alta y alto riesgo cardiovascular. *Hipertensión.* 2008;25 Suppl 3:3-13.

G. Tratamiento farmacológico

Aunque la instauración y el manejo del tratamiento farmacológico es una labor del médico, resulta fundamental que los profesionales de enfermería tengan un conocimiento profundo y actualizado de los fármacos para poder informar sobre los mismos si el paciente lo demanda y detectar los posibles efectos secundarios. En el tratamiento farmacológico, el trabajo de enfermería consiste en facilitar la información dada en la consulta sobre las dosis de medicación, los horarios, cómo actuar si se olvida alguna dosis o si se presentan efectos adversos. Otra tarea fundamental tanto del médico como (probablemente más) de enfermería es la evaluación y el seguimiento del cumplimiento del tratamiento antihipertensivo farmacológico. Las consultas de enfermería constituyen un ámbito idóneo para la identificación del incumplimiento. Al igual que en otros campos, es necesaria la implementación de programas de formación adecuada en la evaluación del cumplimiento terapéutico.

H. Seguimiento de los pacientes

Las consultas de enfermería suelen permitir una periodicidad de revisión más corta que la ofrecida por las consultas médicas. Un paciente estable y bien controlado puede permanecer en la consulta de enfermería de forma indefinida y únicamente precisar la valoración facultativa para la evaluación periódica de exploraciones complementarias médicas.

El paciente inestable, particularmente si presenta un perfil de riesgo cardiovascular elevado, con necesidad frecuente de cambios de tratamiento o mal controlado, necesitará una valoración médica más frecuente; sin embargo, una consulta de enfermería más habitual en estos casos siempre será útil para optimizar aspectos terapéuticos no farmacológicos y reforzar el cumplimiento. La periodicidad de las visitas de enfermería será consensuada entre el personal médico y de enfermería y siempre de acuerdo con las guías vigentes.

El paciente hipertenso en seguimiento por enfermería será derivado a la consulta médica en caso de un control inadecuado de la PA, de alteraciones analíticas —particularmente cuando

se producen de nuevo—, en caso de detección de efectos secundarios clínicamente significativos, en caso de falta de cumplimiento terapéutico que precise de la intervención facultativa, o bien cuando se detecten síntomas o signos que precisen la evaluación médica.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Tavares, Darlene; Martins, Paula; Diniz, Marina; Dias, Flavia; Santos, Nilce, (Brasil, 2011) en su estudio: “Calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial”, tuvo como objetivo describir y comparar las puntuaciones de calidad de vida (CV) de los pacientes ancianos con hipertensión arterial entre los sexos, edades y número de comorbilidades. Concluye que predominó el sexo femenino y la edad de 60-70 años. La mayor puntuación de calidad de vida fue para las relaciones sociales y el funcionamiento de los sentidos; y la más baja para su desarrollo físico y la autonomía. Las mujeres tuvieron puntuaciones más bajas sobre el desarrollo psicológico y la muerte y el morir. Los ancianos con 80 o más años tienen puntuaciones más bajas en el físico, funcionamiento de los sentidos y autonomía. El mayor número de morbilidades se asoció con las puntuaciones más bajas en el físico, psicológico, relaciones sociales y autonomía.

Vinaccia, Stefano; Quiceno, Japcy Margarita; Gómez, Ángela; Montoya, Lina Marcela. (España, 2007) en su estudio: “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve”. Concluye que los resultados evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas.

Varela, María Teresa; Arrivillaga, Marcela; Cáceres, Delcy; Correa, Diego; Holguín, Lyda. (Colombia, 2007) en su estudio: “Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión”. Concluye que se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, mientras que la PAD no presentó cambios, manteniéndose en niveles controlados. Respecto a la calidad de vida, la modificación del estilo de vida tuvo efectos benéficos en el componente mental, así como en la subescala de Rol Emocional. En cuanto al componente físico, mejoraron

significativamente las subescalas de Función Física y Rol Físico. Los resultados en calidad de vida se presentaron con algunas diferencias entre los pacientes con niveles controlados y no-controlados de PAS y PAD.

Se ha realizado la búsqueda de antecedentes investigativos en la Universidad Católica de Santa María, en la Universidad Nacional de San Agustín y en la Universidad Alas Peruanas y no se han encontrado trabajos similares al presente.



5. HIPÓTESIS

Dado que la hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio, cuyo diagnóstico implica la necesidad de realizar controles médicos periódicos y cumplir estrictamente el tratamiento médico prescrito para evitar complicaciones y riesgo de eventos cardiovasculares;

Es probable que el grado de hipertensión, el tiempo de enfermedad, los síntomas más frecuentes, el tratamiento y el control de la hipertensión influyan de forma negativa en la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz propiciando que las dimensiones de estado de ánimo y manifestaciones somáticas se vean alteradas.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA

Para la realización del estudio se utilizó como técnica la entrevista, se aplicó dos instrumentos para cada variable son los siguientes:

- Primera variable: Cedula de entrevista acerca de las Características Sociodemográficas y la Hipertensión
- Segunda variable: Cedula de Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos Arterial CHAL.

2. INSTRUMENTOS

2.1. Cuestionario de calidad de vida en pacientes hipertensos

Para evaluar la calidad de vida en la hipertensión arterial se utilizó un cuestionario específico CHAL desarrollado por Roca-Cusachs, et. al., (1992) y recientemente modificado y validado por Dalfo, Badia, Roca-Cusachs, Aristegui y Roset (2000) en España, con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89 y 0.96 respectivamente. La escala está compuesta por 55 ítems agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo

(EA) con 36 ítems y manifestaciones somáticas (MS) con 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtiene en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud). Se obtiene una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones. Las puntuaciones más bajas indicarán mejor nivel de calidad de vida. El tiempo de administración es de 30 minutos aproximadamente y el tiempo de referencia de los ítems del CHAL es de 15 días.

La calificación final del nivel de calidad de vida se realiza de acuerdo a los siguientes puntajes:

Buena calidad de vida: 0 – 30 puntos: es decir, que los pacientes tienen estado de ánimo conservado y pocas manifestaciones somáticas.

Regular calidad de vida: 31 – 60 puntos: significa que el estado del ánimo del paciente va presentando algunas alteraciones y se incrementan las alteraciones somáticas como agotamiento, debilidad, falta de sueño, sensación de estar enfermo, dolor de cabeza, entre otros.

Mala calidad de vida: 61 a 100 puntos: El estado de ánimo es muy bajo, el paciente tiene dificultades para realizar sus actividades de la vida cotidiana, no puede dormir, tiene dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales y además las manifestaciones somáticas son más frecuentes, incluso han pensado en la posibilidad de quitarse la vida.

2.2. Cuestionario acerca de la hipertensión arterial

En este instrumento se incluyeron las preguntas relacionados a los indicadores de las variables características sociodemográficas e hipertensión arterial.

3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1. Ubicación espacial

El presente estudio fue realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, el cual está ubicado en la calle Yavarí s/n Urbanización Zamácola en el Distrito de Cerro Colorado en la Provincia y Departamento de Arequipa. El ámbito de la jurisdicción del Centro de Salud es:

Norte: Quisqos, Uropampa (Yura).

Este: Faldas del Chachani.

Sur: Libertad (Cerro Colorado).

Oeste: Irrigación el Cural.

El Centro de Salud pertenece al anexo Zamácola en el distrito de Cerro Colorado en la provincia de Arequipa. Brinda atención en los Servicios de: Medicina, Ginecología, y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Emergencia, Programa de Crecimiento y Desarrollo, Odontología, Psicología, Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, cuenta además con el Club del Adulto Mayor el que está dirigido por Servicio Social, las reuniones se realizan con el apoyo de la Srta. Enfermera y un grupo de estudiantes donde se programa actividades educativas y recreacionales una vez por semana los viernes horario de 8:00a 12:00 del mediodía.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población estuvo constituida por todos los adultos mayores que asisten a la consulta externa y los que integran el Club del Adulto Mayor del Centro de Salud, los que suman aproximadamente 120 adultos mayores.

3.2.2. Unidades de estudio

Las unidades de estudio estuvieron representadas por los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron atendidos en el Centro de Salud.

3.2.3. Muestra

Para el desarrollo del estudio, se trabajó con el total de adultos mayores hipertensos que se atendieron en el Programa de Hipertensión Arterial, los que sumaron 100 pacientes de acuerdo al cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron atendidos en consulta externa o Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que aceptaron resolver el cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores no hipertensos.
- Adultos mayores inconscientes.
- Adultos mayores que no desearon participar en la investigación.
- Adultos mayores que no hablaban español.

3.3. Ubicación Temporal

El estudio fue realizado durante los meses de abril a octubre del año 2013.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Una vez aprobado el proyecto se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería el envío de una carta de presentación dirigida al Director del Centro de Salud para que autorizará la realización del presente trabajo.
- Se coordinó con el personal que atiende a los adultos mayores en el consultorio externo para que nos facilitaran aplicar el cuestionario.
- Los instrumentos no requieren de validación debido que el Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos CHAL recientemente modificado y validado por Dalfo, Badia, Roca-Cusachs, Aristegui y Roset (2000) en España, el Cuestionario acerca de la Hipertensión Arterial son datos que varían de acuerdo a la investigación.
- Una vez que se identificaron a los adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión, se les explicó el propósito del estudio y se les solicitó su participación en el mismo, firmando el consentimiento informado.
- La aplicación del instrumento fue realizado de lunes a sábado en turnos de mañana y tarde por la investigadora de forma individual a través de la entrevista a cada paciente.
- Terminada la etapa de recolección de datos se realizó la tabulación de la información en una base de datos en el Programa Excel, luego se realizó el análisis estadístico de los resultados con el paquete estadístico STATISTICAS. Para establecer la significancia de los resultados se aplicó la prueba de Ji cuadrado. Los resultados son presentados en cuadros.

4.1. RECURSOS

Humanos:

La investigadora: Srta. Cecilia Kelly Telma Calcina Delgado.

Asesora: Dra. Sonia Núñez Chávez.

Institucionales:

Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería.

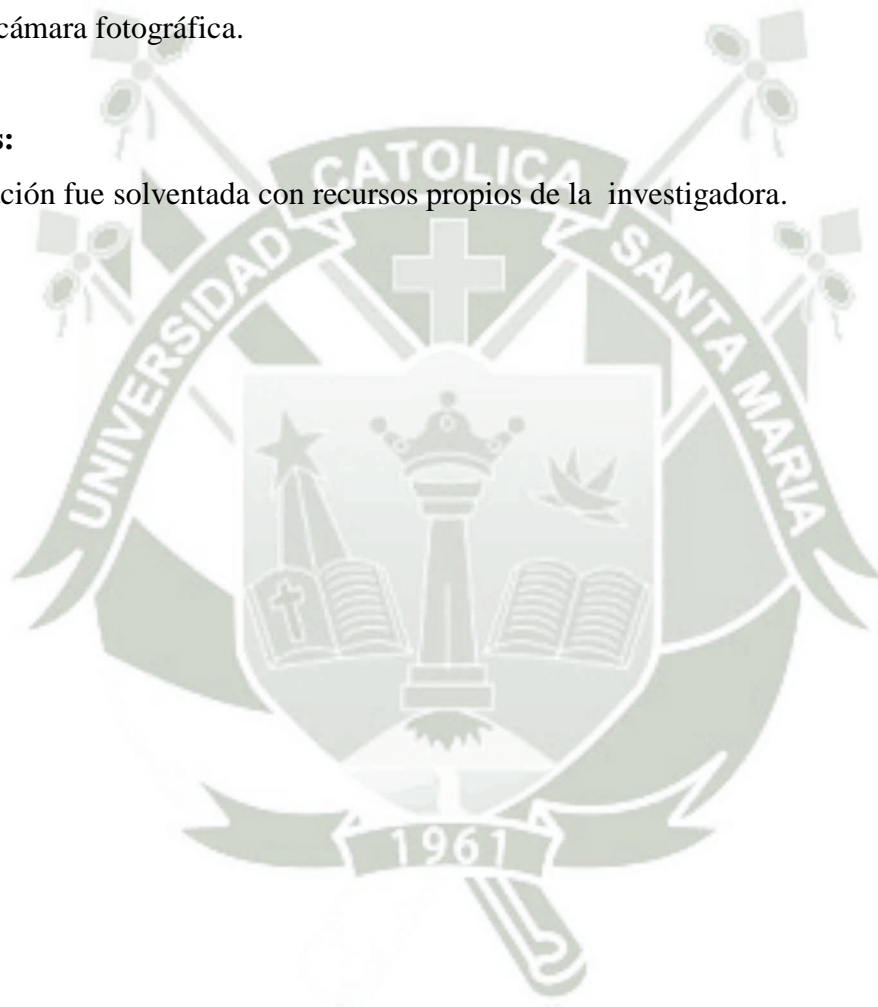
Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

Materiales:

Instrumentos, tensiómetro, estetoscopio, material de escritorio, computadora, paquete estadístico, cámara fotográfica.

Financieros:

La investigación fue solventada con recursos propios de la investigadora.





CAPÍTULO III
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 1

ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS POR EDAD SEGÚN GÉNERO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.

GÉNERO EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
60 – 69	15	15	17	17	32	32
70 – 79	9	9	34	34	43	43
80 - 89	7	7	16	16	23	23
90 a más	0	0	2	2	2	2
TOTAL	31	31	69	69	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Prueba t: 4,389 $p < 0,05$ Significativo

En relación a la edad de las unidades de estudio se observa en la tabla 1, que la edad más frecuente en pacientes hipertensos es entre 70 a 79 años, la edad promedio es de 74,33 años. El 69% de pacientes fueron de sexo femenino.

De lo que se deduce que la mayoría de pacientes hipertensos son adultos mayores entre 60 a 79 años, y que en este grupo etáreo hay mayor porcentaje de mujeres.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Tavares y Cols en Brasil, quienes reportan que predominó el sexo femenino y la edad de 60-70 años.

TABLA N° 2

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F	%
Analfabeto	44	44
Primaria	50	50
Secundaria	5	5
Superior	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 2 que la mayoría de adultos mayores hipertensos que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, tienen instrucción primaria en el 50%, el 44% son analfabetos. El 5% y 1% de adultos mayores tienen nivel de instrucción secundaria y superior respectivamente.

De lo que se deduce que la mayoría de adultos mayores tienen bajo nivel de instrucción, lo que contribuye a que los pacientes no sepan cómo llevar la enfermedad, por lo cual no le brindan la debida importancia.

TABLA N° 3

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.**

SITUACIÓN CONYUGAL	F	%
Soltero	9	9
Casado	48	48
Conviviente	22	22
Separado	6	6
Viudo	15	15
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 3 que el 48% de pacientes son casados, el 22% convivientes, 15% viudos. Los menores porcentajes correspondieron a los solteros (9%) y separados (6%).

De lo que se deduce que el 70% de adultos mayores hipertensos tienen pareja.

TABLA N° 4

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN REGIMEN DE JUBILACION.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.**

REGIMEN DE JUBILACION	F	%
Pensionista	14	14
No pensionista	86	86
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 4 que el 86% de pacientes no son pensionistas, el 14% si reciben pensión.

De lo que se deduce que la mayoría de pacientes dependen económicamente de sus familiares, dado que no reciben pensión.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL**TABLA N° 5**

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN GRADO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ,
AREQUIPA, 2013.**

GRADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	F	%	\bar{X}
Controlada (≤ 120 a 139 ó $\leq 80 - 89$ mmHg)	44	44	144 /89 mmHg
Grado I ($> 140/90$ mmHg)	49	49	
Grado II ($> 160/90$ mmHg)	7	7	
TOTAL	100	100	

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 5, que al momento de la evaluación de los adultos mayores, el 49% de los mismos presentaba hipertensión arterial en grado I, el 44% tenía la presión arterial controlada, correspondiente a pacientes ya tratados o controlados, y el 7% tuvo hipertensión arterial en grado II.

El promedio de presión arterial encontrado en el estudio fue de 144/89 mmHg. Estos resultados son similares a los del estudio de Ferrera, quien reporta un nivel promedio de presión arterial de 141/89 mmHg que corresponde a la hipertensión grado I.

TABLA N° 6

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ,
AREQUIPA, 2013.**

TIEMPO DE ENFERMEDAD (meses)	F	%
1 – 3	28	28
4 – 6	31	31
7 – 9	15	15
10 – 12	20	20
13 a más	6	6
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 6, que el 31% de adultos mayores tienen un tiempo de enfermedad entre 4 a 6 meses, el 28% de 1 a 3 meses, el 20% presenta la enfermedad desde hace 10 a 12 meses, el 15% de 7 a 9 meses y el 6% de 13 meses a más.

De lo que se deduce que 72% de pacientes tiene un tiempo de enfermedad mayor a tres meses. Otros estudios no reportan datos, aunque se puede comentar, que la hipertensión arterial, es una enfermedad crónica que una vez instaurada, se presenta a lo largo de la vida, de allí la importancia de lograr un adecuado control de la misma a efectos de prevenir las complicaciones.

TABLA N° 7

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS
FRECUENTES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ,
AREQUIPA, 2013.**

SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES	F	%
Cefalea	72	72
Edema	3	3
Cefalea y edema	17	17
Tinnitus	1	1
Lipotimia	1	1
Ninguno	6	6
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 7, que el síntoma más frecuente en los pacientes es la cefalea (89%), seguido del edema (3%). Hubieron 17 pacientes que presentaron cefalea y edema. Porcentajes similares de 15 tuvieron lipotimia o tinnitus. El 6% de pacientes adultos mayores hipertensos, no presenta ningún síntoma.

De lo que se deduce que la hipertensión arterial en los adultos mayores, suele manifestarse con cefalea.

Nuestros resultados concuerdan con la información de la Guía de diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial que señala que los pacientes con hipertensión arterial, sí presentan síntomas refieren cefalea, tinnitus y lipotimia o trastornos visuales entre otros.

TABLA N° 8

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN TRATAMIENTO CON
HIPOTENSORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA,
2013.**

RECIBE TRATAMIENTO CON HIPOTENSORES	F	%
Sí	58	58
No	42	42
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 8, que el 58% de pacientes si recibe medicación para la hipertensión arterial, el 42% no recibe medicación, pero según refieren, les han indicado tratamiento higiénico dietético.

De lo que se deduce que más de la mitad de adultos mayores reciben tratamiento con hipotensores, casi todos los pacientes refirieron que sólo reciben un medicamento para la enfermedad.

TABLA N° 9

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ,
AREQUIPA, 2013.**

CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	F	%
Sí	76	76
No	24	24
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 9, que el 76% de adultos mayores hipertensos, sí tienen control de la presión arterial, el 24% tienen la enfermedad no controlada.

De lo que se deduce que más de las tres cuartas partes de pacientes si tienen control de la hipertensión arterial periódicamente.

CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 10

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN CALIDAD DE VIDA. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.**

CALIDAD DE VIDA	F	%
Buena	27	27
Regular	64	64
Mala	9	9
TOTAL	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 10, que el 64% de adultos mayores hipertensos tienen regular calidad de vida, el 27% tienen buena calidad de vida y el 9% de pacientes hipertensos, tiene mala calidad de vida.

De lo que se deduce que el 73% de adultos mayores hipertensos presentan afectación en la calidad de vida, al ser ésta regular o mala.

TABLA N° 11

**ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS POR ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS
OBTENIDOS EN LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE
VIDA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.**

Dimensiones (N = 100)	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estado de ánimo	4	60	12,26	10,77
Manifestaciones somáticas	6	40	27,96	5,73

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

Se observa en la tabla 11 los puntajes mínimos y máximos obtenidos por los adultos mayores en cada una de las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida; en la dimensión de estado de ánimo es de 12,26 puntos con una desviación estándar de $\pm 10,77$, es decir, esta desviación nos indica la variación esperada con respecto al promedio o media, o cuánto pueden alejarse o acercarse los valores (puntajes) respecto al promedio (media).

En la dimensión de manifestaciones somáticas el promedio o media es 27,96, con una desviación estándar $\pm 5,73$. Estos resultados indican que la mayoría de adultos mayores presentan estado de ánimo bajo, con alta presencia de manifestaciones somáticas.

TABLA N° 12

INFLUENCIA DEL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2013.

CONTROL DE LA HTA	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	20	20	55	55	1	1	76	76
No	7	7	9	9	8	8	24	24
TOTAL	27	27	64	64	9	9	100	100

Fuente: datos obtenidos por la investigadora.

$X^2 = 6,135$ $p < 0,05$ Significativo

Se observa en la tabla 12 que la mayoría de pacientes con buena y regular calidad de vida, es decir, que perciben un mejor estado de salud general, tienen control de la Hipertensión Arterial, mientras que casi todos los adultos mayores hipertensos que no controlan la enfermedad, tienen mala calidad de vida, es decir, peor estado de salud general.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que el control de la hipertensión arterial, es decir, mantener la presión arterial entre límites de normalidad, mediante el tratamiento, influye en la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos. Estos resultados concuerdan con el estudio de Varela y Cols, quienes reportaron que en calidad de vida se presentaron con algunas diferencias entre los pacientes con niveles controlados y no-controlados de Presión Arterial Sistólica y Presión Arterial Diastólica.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las características de la Hipertensión Arterial que presentan los Adultos Mayores es la hipertensión de grado I en casi la mitad de casos. El tiempo de enfermedad más frecuente se encuentra entre los cuatro a seis meses. El síntoma más frecuente es cefalea. En cuanto al tratamiento más de la mitad recibe medicación con hipotensores. Las tres cuartas partes de los adultos mayores hipertensos si tiene control de la hipertensión arterial periódicamente.

SEGUNDA: La calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial es regular, presentando mayor afectación en el estado de ánimo.

TERCERA: Los resultados muestran que la hipertensión influye de forma significativa y proporcional en la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: El personal de Enfermería conforme un programa del adulto mayor donde se pueda brindar sesiones educativas sobre la hipertensión arterial y realizar seguimientos a los pacientes hipertensos de forma periódica para mejorar su calidad de vida.

SEGUNDA: El personal Enfermería del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, deberá brindar educación a los familiares y cuidadores para mejorar el cuidado del adulto mayor hipertenso en relación a importancia de la adherencia correcta al tratamiento, signos y síntomas que podrían indicar la elevación de la presión arterial, autocuidado de la salud, entre otros.

TERCERA: El personal de Medicina del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, debe hacer una valoración individualizada de los adultos mayores que presentan hipertensión arterial, determinando el control de la enfermedad y la presencia de complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

Beth S. Bioestadística Médica. 17 Ed. Editorial El Manual Moderno. México D.F.; 2002.

Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo y Jameson. Harrison Principios de Medicina Interna. 16 ava edición. Edit. Mac Graw Hill Interamericana. Estados Unidos; 2005.

Brotos R, Rivero P. Tendencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Cataluña. España; 2011.

Farreras R. Medicina Interna. 5ta edición. Editorial Elsevier. España; 2008.

Gonzáles C. Clínica de la hipertensión. México: Ediciones Médicas Actualizadas.; 2009.

Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003.

Grupo Ehrlica. Guías de actuación de enfermería en hipertensión arterial y riesgos cardiovasculares asociados. Madrid; 2006.

Ibañez T. Hipertensión Arterial. 1ra edición. Argentina: El Ateneo; 2011.

López H, Cano C, Gómez J. Fundamentos de Medicina: Geriatria. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia; 2005.

Lugones M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. España; 2002.

Martin A, Cano J. Compendio de Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica; 2005.

Meddin Jr. Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States National survey. *Social Science and Medicine*. En Cambell A. *The sense of well-being in America*. McGraw-Hill, N.Y.;2006.

Organización Mundial De La Salud. *Liv Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de la salud*. Ginebra; 2001.

Organización Mundial De La Salud. *Guías para el Manejo de la Hipertensión Arterial*. Ginebra; 2009.

Paredes J. *Manual para la investigación científica*. 6ta Ed. Universidad Católica de Santa María. Arequipa; 2006.

Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. España: Limusa; 2006.

Ruiz E, Segura L, Rodríguez J. *Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial: de la Teoría a la Práctica*. Lima; 2011.

Semfyc-Papps. *Guías de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS*. Barcelona; 2008.

Testa M, Simonson D. *Assessment of quality of life outcomes*. Estados Unidos: Mac Graw Hill Interamericana; 2006.

Velandia A. *Investigación en Salud y Calidad de Vida*. 1ra edición. España: El Ateneo; 2005.

REVISTAS

Balaguer I. Estrategias en el control de los factores de riesgo coronario en la prevención primaria y secundaria. Departamento de Cardiología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Revista Española de Cardiología. 2007; 6 (suplemento): Pág. 100.

Barrios V, Dalfó A. et al. Documento de consenso para el manejo de pacientes con presión normal-alta y alto riesgo cardiovascular. Hipertensión. 2008;25 Suppl 3:3-13.

Battersby C, Hartley K, Fletcher E, Markowe L, Styles W, Sapper H, Bulpitt J. Quality of Life in treated hypertension: a case-control community based study. J Hum Hypertens 1995; 9:981-986.

Bengston A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. Clin Nurse Spec. 2003;17:260-8.

Chummun H. Hypertension: a contemporary approach to nursing care. Br J Nurs. 2009;18:784-9.

Dalfó G, Vila M, Sabartés T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. ¿Es relevante el papel del personal de enfermería? Aten Primaria. 2010;26:180-3. España.

De La Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redon J, Banegas R, Armario P. et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. Med Clin (Barc). 2008;131:104-16.

Fagard R. Epidemiología de la hipertensión arterial del anciano. Am J Geriatr Cardiol 2012;11:23-8. Estados Unidos.

Fagard R, Germano G, et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2007;25:1105-87.

García P, Urrego J, D' Achiardi R, Delgado, V. Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo. Rev. Universitas Médica Javeriana. 2004; Vol. 45 N° 2: 78.

Harold B. Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en la atención del primer nivel. Instituto Cardiovascular Avanzado. Centro Médico Regional Audubon. Louisville EUA. Mundo Médico 2008; 315(XXXI): 219 - 234.

Martínez A, Aguirre A, Sánchez M, Nevado A, Laguna I, Torre A. et al. The determination of arterial pressure by the physician or the nurse: its relation to ambulatory pressure and left ventricular mass. The MAPA-Madrid Group. Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (Ambulatory Monitoring of Arterial Pressure). Med Clin (Barc). 2006;113:770-4.

Márquez E. Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica. Hipertensión. 2008;25:205-13.

Ministerio De Salud. La Hipertensión Arterial. Boletín Epidemiológico. 2013. Vol 6. No 5. Lima.

Nackley F. Quality of life and antihypertensive therapy in men: a comparison of captopril with enalapril. N Engl J Med 2004; 328:907-913.

Oakley A. Who cares for health? Social relations, gender and public health. J Epidemiol Comm Health; 2007: 48:427-434.

Sociedad Española De Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: prevención y Tratamiento a través de la alimentación. Obtenido de: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF>. España. 2011. Pág. 15.

Soutello A, Rodrigues R, Jannuzzi F, Spana T, Gallani M, Nadruz, W. Desempeño psicométrico de la versión brasileña del Minicuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL) Rev. latinoam. enferm;19(4):855-864, July-Aug. 2011.

Tavares D. Martins P, Diniz M, Dias F, Santos N. Calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial. Rev. enferm. UERJ;19(3):438-444, jul.-set. 2011.

Varela M, Arrivillaga M, Cáceres D, Correa D, Holguín L. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Acta colomb. psicol; 2007;8(2):69-86.

Vinaccia S, Quiceno J, Gómez A, Montoya L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Diversitas perspectiv. psicol; 2007: 3(2):203-211.

Williams. H. Índice de Síntomas Psicológicos de Distrés Emocional: Una herramienta para evaluar el impacto de los agentes farmacológicos en la calidad de vida. Arch Intern Med 2004; 159:693-700.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ANEXO 1

**CUESTIONARIO ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Nivel de instrucción

- () Analfabeto
- () Primaria
- () Secundaria
- () Superior

Situación conyugal

- () Soltero (a)
- () Casado (a)
- () Conviviente
- () Separado (a)
- () Viudo (a)

Ocupación

- () Jubilado
- () Trabaja
- () Ama de casa

Grado de hipertensión arterial:

- () Grado I >140/90 mmHg
- () Grado II > 160/90 mmHg

Tiempo de enfermedad..... meses.

Síntomas más frecuentes:

- Edema Arritmias Disnea Lipotimia Cefalea
 Otros.....

¿Recibe medicación para la hipertensión arterial Si No.

Número de medicamentos que recibe.....

Control de la hipertensión arterial:

Si (presión arterial sistólica menor de 140 mmHg y diastólica menor de 90 mmHg)

No



ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL (CHAL)

ÍTEM	NO	SI, ALGO	SI, BASTANTE	SI, MUCHO
1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2. ¿Ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables?				
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?				
4. ¿se despierta y es incapaz de volverse a dormir?				
5. ¿Se despierta cansado?				
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?				
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?				
8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas, domesticas, otras)				
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?				
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?				
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?				
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día?				
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?				
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?				
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?				
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?				
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?				
28. Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
30. ¿Ha notado debilidad en las piernas?				
31. ¿ Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?				
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?				
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos, o que la cabeza se le va?				
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?				

35. ¿Ha sufrido visión borrosa?				
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con otras personas de su edad?				
38. ¿Ha padecido sofocos?				
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?				
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?				
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?				
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?				
43. ¿Ha notado sequedad de boca?				
44. ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?				
45. ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?				
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha aparecido alguna erupción?				
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?				
48. ¿Ha disminuido su apetito?				
49. ¿Ha aumentado de peso?				
50. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?				
51. ¿Ha tenido dolor de cabeza?				
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades)?				
54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
55. ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?				

La calificación final del nivel de calidad de vida se realiza de acuerdo a los siguientes puntajes:

- Buena calidad de vida: 0 – 30 puntos
- Regular calidad de vida : 31 – 60 puntos
- Mala calidad de vida: 61 a 100 puntos

GRACIAS

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Identificado con DNI.....

Domiciliado en:.....

Manifiesto que he sido informado del trabajo de investigación intitulado: Influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013. Por lo que acepto de manera voluntaria participar en este estudio según las indicaciones dadas.

Arequipa..... 2013.

Firma



CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ

Constancia

Por el presente documento se hace constar que la Srta.

CECILIA KELLY TELMA CALCINA DELGADO

Por haber realizado su Proyecto de Tesis denominado "INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ - 2013" en nuestra institución, siendo asesoradas por la Dr. Sonia Núñez Chávez docente del Programa Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María; siendo llevadas a cabo desde el mes Septiembre - Octubre del 2013, desempeñándose satisfactoriamente, eficacia y eficiencia, con buena disposición para el trato y manejo de pacientes.

Se expide dicho documento, para fines que estime conveniente.

Arequipa, 16 de marzo del 2014



Dra. Sandra Pérez Moscoso
Encargada del Programa de
Hipertensión Arterial del Adulto
Mayor