

T.M/378/Ch 27

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSTGRADO**

**SECCIÓN DE POSTGRADO DE FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**



**EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA
DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS 2007 – 2008**

(Caso: Club Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A.
Carrión –Callao)

22

**Tesis presentada por la
Lic. LUZ AMPARO CHÁVEZ HUAMANÍ**

**para optar el Grado Académico
de Maestra en Investigación
Científica y Docencia Universitaria**

ASESOR: Mg. JOSÉ DEL CARMEN SARA

CALLAO – PERU

2009

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSTGRADO**

**SECCIÓN DE POSTGRADO DE FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

RESOLUCION N°023-2009-SPG-FCE-UNAC

JURADO EXAMINADOR

Dr. PEDRO VALENCIA VÁSQUEZ	PRESIDENTE
Mg. JUAN LEÓN MENDOZA	SECRETARIO
Dra. OLGA AGUILAR BARCO CELIS	MIEMBRO
Mg. NANCY GAMBOA KAN	MIEMBRO

ASESOR DE TESIS

Mg. JOSÉ DEL CARMEN SARA

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por darme la sabiduría necesaria para culminar esta meta académica.

A mis familiares, por el apoyo incondicional de permitirme la oportunidad de crecer intelectual y profesionalmente y seguir contando con su amor y comprensión, gracias por estar siempre allí.

AGRADECIMIENTOS

Sin duda alguna, la elaboración de una tesis de maestría, requiere de la participación de diversas personas, quienes hacen posible la obtención de una investigación de calidad.

Es por ello que deseo expresar mi sincero agradecimiento a los profesores de la sección de Post Grado de la Facultad de Ciencias Económicas y al Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, por el logro de este objetivo alcanzado.

RESUMEN

Se ha elaborado la tesis de Maestría, denominada: **EVALUACIÓN Y MODIFICACION DEL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS 2007– 2008** (Caso: Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión –Callao). Objetivos: Estudiar las teorías científicas relacionadas con Hipertensión Arterial, determinar los factores predominantes que origina HTA, Evaluar y modificar del estilo de vida de los miembros del club de Hipertensión Arterial HNDAC.

El tipo de estudio es básica longitudinal, la muestra numérica es 38 pacientes y rango de edades de 55 a más de 80 años. Se usaron los métodos experimental, histórico, comparativo, de analogía, inductivo y deductivo, siguiendo un rigor lógico. A todo paciente se le realizo entrevista, encuestas y monitoreo de presión arterial.

Después de la educación los pacientes adoptaron nuevos estilos de vida, tomaron conciencia de la importancia de tomar sus pastillas 69.2%, preocupación por su salud 66 %, obtuvieron conocimientos para prevenir el riesgo de colesterol alto 71%, riesgo cardiovasculares 64%. Sus hábitos alimenticios (alimentarios) consumen cereales, lentejas 82%, quinua y soya, seguida de maíz morado 76.9%, vegetales choclo 94%, lechuga 92.3%, tomate 84.6%, perejil 84%, y frutas papaya 82%, mandarina y limón 79%, incluyendo en su rutina la actividad física, caminatas, bailes, aeróbicos; dejaron de consumir gaseosas en 56.4%. Las presiones arteriales (PA) se han controlado oscilando entre 140/90 y 130/80 mmHg.

Las técnicas psicológicas produjeron relajación en un 61.5% con el apoyo emocional y terapia grupal 58.9%

Realizado el trabajo de campo y analizado los datos obtenidos a base de las teorías de hipertensión arterial, entre otras, se obtuvieron las siguientes conclusiones: Los estilos de vida de los pacientes hipertensos del Club de hipertensión arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, antes de su tratamiento contribuyen a obtener más complicaciones de su enfermedad. Las Actividades Educativas que reciben en el club de hipertensión arterial, desarrollan una mejor conciencia para su autocuidado y mejorar su calidad de vida.

ABSTRACT

This is a Master thesis, entitled: EVALUATION AND MODIFICATION OF LIFESTYLE OF HYPERTENSIVE PATIENTS 2007 – 2008 (Case: Hypertension Club of The Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Callao). Objectives: To study the scientific theories related to arterial hypertension, to determine the predominant factor which causes hypertension, evaluate and modify the life style of the members of the Hypertension Club of HNDAC. The basic type of study is longitudinal, the sample number is 38 patients and age range from 55 to more than 80 years. This investigation used the methods as experimental, historical, comparative, analogy, inductive and deductive, following a rigorous logic. Every patient underwent interviews, surveys and monitoring of blood pressure.

After the patient education adopted new lifestyles, they know the importance of taking your pills 69.2%, concern for his health 66%, obtained knowledge to prevent the risk of high cholesterol 71%, cardiovascular risk 64%. Their eating habits (food) consumed cereals, 82% lentils, quinoa and soy, followed by purple corn 76.9%, 94% vegetable corn, lettuce, 92.3%, tomato 84.6%, parsley, 84% and 82% papaya fruit, tangerine and lemon 79%, including in your routine physical activity, walking, dancing, aerobics; stopped consuming soda water 56.4%. Blood pressures (BP) were controlled varying between 140/90 and 130/80 mmHg.

Psychological relaxation techniques resulted in a 61.5% with emotional support and therapy group 58.9%

Completed the field work and analyzed data collected based on the theories of hypertension, among others, the following conclusions were obtained Lifestyles of hypertensive patients of the Hypertension Club of the Hospital Nacional Daniel A. Carrión, before its treatment contribute to more complications of their disease. Educational activities that are in the arterial hypertension club, develop greater self awareness and to improve their quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la investigación, denominada: "EVALUACIÓN Y MODIFICACION DEL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS 2007 – 2008 (Caso, Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión), se justifica, por su naturaleza. La hipertensión es una enfermedad silenciosa que aparentemente no afecta la salud del hipertenso, sin embargo, paulatinamente deteriora sus órganos vitales (cerebro, corazón, riñón y ojos), por eso, es un problema que debe investigarse prioritariamente. Además, no existen investigaciones sobre "Evaluación y Modificaciones del estilo de vida del paciente hipertenso", a pesar de ser un problema que involucra a la población. Dado que la Hipertensión Arterial obedece a múltiples factores de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica, la prevalencia de dicha enfermedad está en aumento asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos.

Ante este problema, ESSALUD en el año 1992, creó el Programa Nacional de Hipertensión Arterial, cuyo objetivo principal es combinar acciones técnicas y sociales para dar protección al asegurado, a su familia y a la comunidad en general de los riesgos de enfermar o morir por Hipertensión Arterial y sus complicaciones que pueden expresarse como accidentes cerebro-vasculares o cardiopatía isquémica. En la actualidad, este programa esta vigente.

En el Ministerio de Salud no existe programa de Hipertensión Arterial, para su tratamiento, los hospitales han establecido los Club de Hipertensión Arterial Se ha aplicado un conjunto de métodos y técnicas de investigación para demostrar y comprobar la hipótesis. "A Través de actividades educativas programadas y realizadas por el servicio de cardiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, se generan nuevos estilos de vida en los pacientes miembros del club de hipertensión arterial, los que conducen a mejorar el control de su presión arterial"

Para conocer la evolución de la hipertensión arterial de los pacientes, se aplicó el método histórico, el comparativo y el de analogía. Así mismo, se ha aplicado una encuesta para evaluar los estilos de vida de los pacientes al ingresar a su tratamiento y los cambios de dicho estilo de vida que han experimentado después del tratamiento y educación.

Se expone en 10 capítulos. I y II son fuera de variables. En el primer, se expone la Hipertensión Arterial y en segundo, los Estilos de Vida.

En los capítulos dentro de variables (III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X), exponemos los resultados obtenidos de la investigación empírica.

Para el efecto se investigó a 38 pacientes, y los resultados se generalizaron a toda la población del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Daniel A. Carrión.

Se investigó el impacto sobre nutrición, manejo del estrés y actividad física. Todas las actividades estuvieron a cargo de profesionales capacitados en distintas áreas de la salud, conformando un grupo interdisciplinario: cardiología, psicología, rehabilitación, oftalmología y nutrición.

Los resultados obtenidos servirán a los hospitales del país, en especial, al Hospital Daniel A. Carrión del Callao, introduciendo una nueva metodología para el tratamiento de la enfermedad.

Se han obtenido conclusiones importantes con relación a la evaluación de la hipertensión arterial y la modificación del nuevo estilo de vida que todo paciente con hipertensión arterial necesita para el mejor control de su enfermedad.

La autora.

ÍNDICE

	Pág.
PORTADA	
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
RESUMEN	04
ABSTRACT	05
INTRODUCCIÓN	06

CAPÍTULO I

1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.1. Definición	15
1.2. Etiología.	17
1.3. Tipos	21
1.4. Riesgos para el paciente.	25
1.5. Epidemiología	27

CAPÍTULO II

2. ESTILOS DE VIDA

2.1. Definición:	32
2.1.1 Medica	33
2.1.2 Socio-económica	34
2.2. Según estatus sociales de La Región Callao.	35
2.2.1. Alto	35
2.2.2. Medio	35
2.2.3 Bajo	35
2.3 Diferencias significativas.	38

CAPÍTULO III

3. ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

3.1. Charlas	48
3.2. Talleres.	53
3.3. Dinámicas de grupo	55
3.4. Exhibición de Videos	57
3.5. Propaganda:	58
3.5.1. Afiches	58
3.5.2. Boletines informativos	59
3.5.3. Trípticos	60
3.6. Identificación de los pacientes con las acciones realizadas.	60

CAPÍTULO IV.

4 ESTILOS DE VIDA SUGERIDOS EN RELACION A LOS ALIMENTOS.

4.1. Disminución de consumo:	
4.1.1. Sal en la dieta	62
4.1.2. Alimentos ricos en grasas saturadas	63
4.1.3. Alimentos con preservantes.	63
4.2. Aumentar el consumo de	
4.2.1. Cereales	63
4.2.2. Fibras	65
4.2.3. Vegetales	65
4.2.4. Frutas.	68
4.2.5. Alimentos ricos en potasio.	70
4.3. Cambios en el consumo de alimentos después de la acción educativa.	70

CAPÍTULO V

5. ACTIVIDAD FÍSICA: FACTOR FUNDAMENTAL PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

5.1. Acciones físicas predominantes.	
5.1.1. Ejercicios.	71
5.1.2. Caminatas.	73
5.1.3. Bailes.	73
5.1.4. Paseos.	75
5.2. Efectos en la hipertensión arterial.	76

CAPÍTULO VI

6. REUNIONES FESTIVAS Y SU INCIDENCIA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

6.1. Motivos de reunión:	77
6. 1.1. Cumpleaños.	77
6. 1.2. Navidad.	77
6. 1.3. Día de la madre.	78
6. 1.4. Día del padre	78
6. 1.5. Aniversario del Club.	78
6.2. La presión arterial antes y después de la actividad festiva.	79

CAPITULO VII

7. SUPRESIÓN DE DROGAS LÍCITAS PARA MEJORAR EL ESTILO DE VIDA

7.1. Tabaco	80
7.2. Café	80

7.3. Bebidas cafeinadas	80
7.4. Alcohol	80
7.5. Drogas predominantes consumidas.	81

CAPÍTULO VIII

8. AUTOCONTROL DEL ESTRÉS EN FUNCIÓN A UN NUEVO ESTILO DE VIDA.

8.1. Técnicas Psicológicas de:	
8.1.1. Relajación.	82
8.1.2. Apoyo Emocional.	83
8.1.3. Consejería.	85
8.1.4. Terapia Grupal.	85
8. 2. Resultados significativos con relación a la presión arterial.	86

CAPÍTULO IX

9. ADECUADO CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

9.1. Para el paciente:	
9.1.1. Normo tenso	87
9.1.2. Sin falla renal ni diabético	87
9.1.3. Con falla renal	87
9.1.4. Diabético	88
9.2. 2. Con falla renal y diabético	88
9.2. Presión arterial predominante.	90

CAPÍTULO X

10. TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA EL CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

10.1. Diuréticos:		
10.1.1. ASSA	91	
10.1.2. Ahorradores de potasio	92	
10.2. Inhibidores Adrenérgicos:		
10.2.1. Periféricos	93	
10.2.2. Antagonistas Centrales	94	
10.2.3. Alfa –Bloqueadores	94	
10.2.4. Beta – Bloqueadores	95	
10.3. Vasodilatadores:	95	
10.3.1. Bloqueadores de entrada de calcio	95	
10.3.2. Enzima convertidora de Angiotensina.	96	
10.4. Antiagregante plaquetario.	96	
10.5. Análisis y discusión de resultados.	97	
TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS		
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	99	
ASPECTOS ETICOS	99	
CONCLUSIONES	101	
RECOMENDACIONES	103	
BIBLIOGRAFÍA	104	
ANEXOS	108	
ANEXO Nº 1	Epidemiología según Weinberger, H. Myron	109
ANEXO Nº 2	Factores que modifican la presión arterial según Framingham y Intersalt.	110
Anexo Nº 3:	Cantidad de sodio permitida	111
Anexos Nº4	Alimentos Ricos en sodio	112
ANEXO Nº 5	Para pacientes con hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca	113
ANEXO Nº 6:	DIETA DASH	116

ANEXO Nº 7:	Los ejercicios físicos terapéuticos seleccionados	117
ANEXO Nº 8	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS RECREATIVAS Y PROCEDIMIENTOS - CLUB DE HIPERTENSION ARTERIAL HNDAC. 2008	119
ANEXO Nº 9	AFICHES PROPORCIONADOS A LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSION ARTERIAL HNDAC	120
	<ul style="list-style-type: none"> • DIABETES • PIRAMIDE NUTRICIONAL 	
ANEXO Nº 10	BOLETINES INFORMATIVOS PROPORCIONADOS A LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	121
	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de consejos prácticos para pacientes con presión alta • Guía de información para el paciente hipertenso Bagó y tu • Lo que Ud. Quiere saber sobre el colesterol y triglicéridos • Los factores de riesgo • La prevención del infarto • Consejos para controlar la presión arterial. • Como reducir el colesterol elevado • La sal y la hipertensión arterial. • El stress conozca como le afecta y la ayudamos a combatirlo • Dietas para dislipidemias mixtas 	
ANEXO Nº 11	BOLETINES INFORMATIVOS PROPORCIONADOS A LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	125
	<ul style="list-style-type: none"> • Si Ud. Tiene presión alta • Si Ud. Tiene Diabetes y la presión alta • Como controlar su colesterol dieta y actividad física 	
ANEXO Nº 12:	Hospital nacional Daniel a. Carrión Servicio de Cardiología boletines, trípticos, proporcionados a los pacientes del club de hipertensión arterial callao- 2008	127

ANEXO 13: Programa de reuniones festivas del Club de Hipertensión Arterial del HNADAC. Servicio de cardiología	130
ANEXO N°14: Encuesta para determinar estilos de vida de Pacientes del club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión	131
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE HIPERTENSO – CALLAO 2009	137
ENTREVISTA A ESPERTOS	169
GLOSARIO	171

CAPÍTULO I

1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.1. Definición

Se entiende por hipertensión arterial (HTA) a la enfermedad que paulatinamente afecta a órganos vitales (corazón, cerebro, ojos, y riñón) sin causar síntomas de alerta. En su inicio, sus causas fundamentales no están determinadas por la ciencia médica, sin embargo, se atribuye que tiene relación directa con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, dietas ricas en grasa, sedentarismo, estrés y antecedentes familiares.

Es una enfermedad que involucra a un gran número de personas, que por su naturaleza pasiva, éstas no le dan importancia, por eso, inclusive descuidan su tratamiento e incumplen con las indicaciones farmacológicas establecida por los profesionales de la salud, teniendo como consecuencia, la muerte sea por accidente cerebro vascular (ACV) o enfermedad isquémica, de lo contrario, genera complicaciones en la salud del paciente.

De todas las enfermedades que afectan al ser humano, la HTA, aparentemente es la más benigna, pero en la práctica, es la más dañina. No genera dolor, a pesar que el paciente es consciente que porta la enfermedad, éste no se deprime y continúa con su vida aparentemente normal.

Es una enfermedad propia de las grandes urbes. El estrés es otra de las causas fundamentales (Dr. Pérez Carreño , por eso, en las zonas donde las personas desarrollan sus actividades sin tensión, no son hipertensas, tienen muchos años de vida, tal como sucede con los habitantes de las zonas rurales.

De acuerdo a este reporte (Revista Tribuna medica Vol. 102 Amaya), la enfermedad es consecuencia de costumbres sedentarias adoptadas por la mayoría de la población (falta de ejercicios) o la inconstancia en su control y la ausencia de tratamiento médico.

Es una condición médica caracterizado por incremento de las cifras de presión arterial (PA); como consecuencia de cambios hemodinámico, macro y microvasculares, causados a su vez por disfunción del endotelio vascular y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, responsables de mantener el tono vascular periférico. Estos cambios, que anteceden en el tiempo a la elevación de la presión, producen lesiones orgánicas específicas definidas clínicamente.

La Presión Arterial (PA) es la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como PA sistólica, PA diastólica y PA media. Dicha fuerza aumenta por los inadecuados estilos de vida que originan acumulación de placas de colesterol en las paredes de los vasos que no permiten la circulación normal de la sangre.

GASTO CARDIACO (GC) está determinado por la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción, estos a su vez, están en función del retorno venoso que depende de otros factores, como son: actividad constrictora o dilatadora de las venas, actividad del sistema renal, etc.

La RESISTENCIA PERIFÉRICA TOTAL (RPT); dependerá de la actividad constrictora o dilatadora de las arteriolas, del eje retina angiotensina y de la propia magnitud del GC entre otros¹.

En consecuencia, el GC y la RPT son operadores para el control de la PA, estos factores fisiológicos se deben a sistemas de mecanismos de regulación más complejos relacionados entre sí y tienen a su cargo funciones específicas.

Fisiológicamente se asocia a cambios del sistema vascular acompañados de una elevación persistente de la P.A., quiere decir que la presión sanguínea sistólica (el número "superior" de la medición de la presión sanguínea que representa la presión generada cuando el corazón late) constantemente es

¹ BRAUNWALD E. H. Principios de Medicina Interna. Tomo I, p. 1261

mayor a 140 mm Hg y la presión sanguínea diastólica (el número "inferior" de la medición de la presión sanguínea que representa la presión en los vasos cuando el corazón está en reposo) está constantemente por encima de 90 mm Hg. según la quinta fase de Korotkoff (desaparición de ruido). Además, una o ambas presiones pueden estar demasiado altos.

El doctor N.C. Korotkoff, cirujano ruso, describió hacia 1900 las características de los ruidos auscultados en el momento de la toma de la presión arterial.²

- Primera fase: iniciación súbita de ruidos claros que se intensifican.
- Segunda fase: los ruidos se hacen más suaves y prolongados con carácter de soplo.
- Tercera fase: los ruidos vuelven a intensificarse y se hacen muy nítidos.
- Cuarta fase: los ruidos decrecen rápidamente de intensidad.
- Quinta fase: desaparición de los ruidos.

1.2. Etiología.

En la hipertensión esencial no se han descrito todavía, sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos.

Estas son las circunstancias que aumentan transitoriamente los valores tensionales:

- El esfuerzo físico.
- Un cambio de tiempo, el frío.
- El traslado a un lugar de clima diferente.
- Emociones fuertes, el dolor, el miedo.
- Tensiones psíquicas, conducción de automóviles, hablar en público, discusiones enérgicas, ruidos entre otras.

² **AMAYA A. Adalberto. MD.** Maniobras de toma de presión arterial. *Revista Tribuna Médica.* Vol. 102 N° 05

Existen dos tipos de causas las que son propias del paciente, denominadas, endógenas y las externas o exógenas que poseen la característica de ser controladas o modificables. Causas Endógenas: la herencia, sexo, edad y raza y por tanto poco modificables, como otras que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y costumbres de las personas por ejemplo las de origen Exógeno: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales, el estrés y un estilo de vida muy sedentario.

Causas Endógenas:

- **Herencia.** De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos.
- **Sexo.** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer, mientras se encuentra en edad fértil, con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares. De esta forma la naturaleza protege a la mujer asegurando la procreación. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un especial riesgo cuando toman pastillas anticonceptivas.
- **Edad y raza.** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de P.A., de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad.

En cuanto a la raza, únicamente señalar que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.

Causas Exógenas:

- **Dislipidemia.** Disturbios del metabolismo lipídico, que se caracteriza por variaciones en la cantidad (alta o baja) y/o calidad de las lipoproteínas (colesterol).
- **Sobrepeso:** La relación que existe entre peso y presiones arteriales, y entre sobrepeso e hipertensión, se conoce desde hace muchos años, y la reducción del sobrepeso se utiliza en el tratamiento de la misma también desde hace mucho tiempo.

Hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener más alta la P.A., que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres.

- **Alto consumo de Sal.** El consumo de sal constituye un enemigo para la hipertensión. La sal contribuye a que el organismo retenga más líquidos lo que produce una presión sobre las arterias y es el responsable del aumento de la P.A. Reducir el consumo de sal es una buena manera de evitar la aparición de hipertensión.
- **Diabetes Mellitus.** En la diabetes, el páncreas produce poca insulina o hay problemas con su aprovechamiento, en cualquier caso, el resultado es que la glucosa no puede ser utilizada por la célula y se queda en la sangre. Por lo tanto, la diabetes es un trastorno general del metabolismo. Que se manifiesta con un aumento anormal de glucosa en sangre (hiperglicemia), de la que puede derivar complicaciones agudas y crónicas si no se compensa adecuadamente. En diversos estudios

epidemiológicos se ha podido comprobar que aproximadamente entre un 40% y un 60% de los diabéticos padecen hipertensión

- **Consumo de Potasio.** Es otro aporte para la hipertensión pero menos notable que la del sodio, estudios epidemiológicos y de intervención confirman la importancia de este nutriente. El consumo de potasio está a menudo inversamente con el del sodio, de modo que las dietas hipersódicas suelen asociarse con un aporte bajo de potasio y viceversa. Sin embargo las observaciones acerca del efecto del aporte complementario de potasio sobre la presión arterial no son congruentes. Posee el potasio un efecto protector vascular, sobre todo contra Accidente Cerebro Vascular (ACV).
- **Exceso de alcohol.** Algunas investigaciones han observado una relación bifásica entre el consumo de alcohol y la P.A. Pequeñas cantidades de alcohol producen vasodilatación y un ligero descenso de la PA. A medida que crece el consumo de alcohol, aumenta la presión arterial, supuestamente por el efecto sobre la actividad del sistema nervioso simpático y el gasto cardiaco. La reducción del consumo alcohol en estas personas usualmente disminuye la PA.
- **Alto consumo de Cafeína.** El efecto de la cafeína se ha investigado en pocos estudios, pero siempre se usó como protocolo riguroso. En estudio usando cafeína, se observó pequeñas elevaciones de la PA. Es posible que el efecto de la cafeína sobre la PA, ocasione en personas no acostumbradas a beber café.
- **Modo de vida sedentario.** Esta asociada a la obesidad, hipertensión y aumento del riesgo cardiovascular. El ejercicio regular permite mantener un peso ideal o adelgazar, en el caso de los obesos y también mejora la capacidad cardiovascular.

- **Estrés.** El factor número uno de este problema es la tensión emocional. Una persona que está sometida diariamente a un nivel muy alto de estrés, va a estar más abierto a presentar HTA ya que las causas son de tipo ambiental y genético³
- **Fumar cigarrillos (tabaco).** El consumo de cigarrillos aumenta los niveles de Lipoproteína de baja densidad (LDL) y reduce los de Lipoproteína de alta densidad (HDL), eleva el monóxido de carbono de la sangre (pudiendo producir así una hipoxia endotelial) y estimula la vasoconstricción de las arterias y luego su estrechamiento por la aterosclerosis. El consumo de tabaco disminuye el calibre de los vasos sanguíneos y aumenta la P.A. Los fumadores tienen un riesgo elevado de presentar HTA y fallecen antes que los no fumadores. El riesgo de contraer la enfermedad es proporcional al número de cigarrillos que se fuman al día y al número de años con el hábito de fumar.

1.3. Tipos

Entre hipertensión e hipertenso, existen diferencias significativas. La hipertensión es la enfermedad, el hipertenso es el enfermo. Se considera hipertenso, a todo individuo que tiene cifras de P.A., iguales o superiores a los 140/90 mmHg. Quiere decir, que la persona, en cualquier etapa de su vida esta propensa a la hipertensión arterial como consecuencia del agitado entorno social donde se desenvuelve sus actividades.

Según las cifras de PA, los hipertensos tienen la presión sistólica, diastólica y aquella que se presenta combinadamente (mixta). Se denomina "hipertensión sistólica cuando es mayor que 140 mmHg y la diastólica es menor de 90 mmHg; en los últimos tiempos, se a demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mmHg para las presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando estas se mantienen en forma sostenida. Por lo tanto, se define como

³ KAPLAN, Norman M. , M.D. Manejo de hipertensión arterial 5ta Edición. Dallas Texas. EEUU.1995.

HTA, cuando en tres ocasiones diferentes muestra cifras mayores de 140/90 mmHg en el consultorio o cuando mediante monitoreo de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores, en más del 50% de las tomas registradas”⁴

Los grados de la hipertensión se expresan en cifras, estas son relativamente arbitrarias. La P.A., en los pacientes, tiene una distribución normal y cuando se observa un mayor aumento, es porque el paciente se expone a los factores de riesgo. Una persona hipertensa que no mantiene estilos de vida no saludables se encuentra con mayor riesgo de sufrir lesiones en el cerebro, en la arteria aorta, las venas coronarias y en el riñón.

Una vez definida la HTA, la clasificaremos, teniendo en cuenta las cifras de P.A. y la etiología. Utilizaremos la clasificación del Programa Nacional que es coincidente con la del Joint National Committee – JNC VII de los EE.UU. Basadas en el promedio de dos o más lecturas tomadas en cada una de dos o más visitas tras el escrutinio inicial. Cuando la cifra de P.A. sistólica o diastólica cae en diferentes categorías, la más elevada de las presiones es la que se toma para asignar la categoría de clasificación

⁴ BRAUNWALD E. H. Principios de Medicina Interna. Tomo I, p. 1265

Cuadro 1: VALORES DE REFERENCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Según Clasificación de la presión arterial para adultos de 18 años o más (Según, The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - JNC VII, de los EE.UU.)

CATEGORÍA	SISTÓLICA (MMHG)	DIASTÓLICA (MMHG)
Óptima	Menos de 120	Menos de 80
Normal	Menos de 130	Menos de 85
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Estadio 1 (Discreta)	140-159	90-99
Estadio 2 (Moderada)	160-179	100-109
Estadio 3 (Severa)	180-209	110-119
Estadio 4 (Muy Severa)	210 y más	120 y más

En abril 1999, se realizó la Reunión Conjunta de la Organización Mundial Salud (OMS – SIH) que dictó una guía Estadio. La misma es en parte coincidente con la JNC (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure), de la que difiere en denominar grados lo que los norteamericanos denominan estadios. Aducen ellos (OMS) que estadios implica una forma incorrecta de progresión en el tiempo.

Cuadro 2. Definición y Clasificación de los niveles de tensión arterial

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal Alta	130-139	85-89
Grado 1 Hipertensión ("leve")	140-159	90-99
Subgrupo: Límitrofe	140-149	90-94
Grado 2 Hipertensión ("moderada")	160-179	100-109
Grado 3 Hipertensión ("severa")	180≥	110≥
Hipertensión Sistólica Aislada	140≥	<90
Subgrupo: Límitrofe	140-149	<90

La HTA ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezcan se relacionan directamente con el grado de HTA.

De acuerdo con el grado de daño orgánico producido, la HTA puede encontrarse en diferentes etapas:

ETAPA I. Sin alteraciones orgánicas.

ETAPA II. El paciente muestra uno de los siguientes signos, aún cuando se encuentre asintomático.

- a. Hipertrofia ventricular izquierda (palpación, radiografía del tórax, ECG, ecocardiograma).
- b. Angiotonía en arterias retinianas.
- c. Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina (hasta 2 mg/d).
- d. Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales.

ETAPA III. Manifestaciones sintomáticas de daño orgánico.

- a. Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardíaca.

- b. Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva.
- c. Exudados y hemorragias retinianas; papiledema.
- d. Insuficiencia renal crónica.
- e. Aneurisma de la aorta o aterosclerosis ocluyente de miembros inferiores.

1.4. Riesgos para el paciente.

Daño hipertensivo en los vasos sanguíneos informándonos el grado de daño causado por el proceso hipertensivo. Los cambios vasculares, tanto hemodinámicos como estructurales, adquieren especial importancia en los ojos, el riñón, el corazón y el SNC.

- Según la clasificación de Keith y Wagener podemos encontrar 4 grados de retinopatía:
 - **Retinopatía grado I.** Estrechamiento arteriolar. Traduce actividad de la hipertensión.
 - **Retinopatía grado II.** Aumento del reflejo arteriolar ("hilos de plata"). Traduce cronicidad del proceso hipertensivo.
 - **Retinopatía grado III.** Aparición de exudados algodonosos y hemorragias retinianas. Traduce hipertensión grave o maligna.
 - **Retinopatía grado IV.** Edema papilar. Se presenta cuando la hipertensión está excesivamente elevada. Traduce encefalopatía hipertensiva y edema cerebral.

- **Nefropatía Hipertensiva.** Usualmente el daño hipertensivo a la vasculatura y al parénquima renal es paulatino, crónico, evolutivo y silencioso; permanece asintomático hasta que se hace aparente la insuficiencia renal. El paciente comienza a retener urea, ácido úrico y creatinina en el plasma. En la fase avanzada de la insuficiencia renal aparece el síndrome urémico con importante retención de urea, creatinina, hipercalemia, anemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, proteinuria y edema que puede llegar a la anasarca.

- **Disfunción diastólica** que aparece con o sin signos de hipertrofia ventricular izquierda, suele ser asintomático y requiere estudios ecocardiográficos para su diagnóstico.
- **Hipertrofia del ventrículo izquierdo.** El corazón, sometido a una sobrecarga de trabajo por el aumento de la PA, se hipertrofia. En la hipertensión, el trabajo del corazón es superior debido a que el gasto cardíaco se mantiene a pesar del aumento de las resistencias periféricas y de la PA sistémica. La prevalencia estimada de hipertrofia ventricular por ecocardiografía oscila entre el 50-60% de los hipertensos.
- **Fracaso del ventrículo izquierdo.** Se debe al aumento de las resistencias periféricas hasta el punto de que no puede mantener el gasto cardíaco, a pesar del aumento de la contracción ventricular como consecuencia de la elongación de las fibras musculares. A menudo se añaden fenómenos isquémicos del miocardio que contribuyen al fallo ventricular. La insuficiencia cardíaca congestiva puede ocurrir sin evidencia previa o concomitante de insuficiencia ventricular izquierda.
- **Isquemia miocárdica.** Ocurre por la desproporción entre la oferta y la demanda de oxígeno del miocardio. La angina de pecho es frecuente en el paciente hipertenso, debido a la coexistencia de una ateromatosis acelerada y unos requerimientos de oxígeno aumentados como consecuencia de una masa miocárdica hipertrofiada. No es raro que sea silente en pacientes hipertensos, ni que aparezca dolor anginoso con coronarias normales. La mayoría de las muertes debidas a la hipertensión son, en la actualidad, por infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva.
- **Aterosclerosis.** La HTA es uno de los más importantes factores que contribuyen a la aterosclerosis, y de ahí que los pacientes con HTA frecuentemente se complican de infarto del miocardio (aterosclerosis coronaria), infarto cerebral (aterosclerosis de las arterias carótidas o

intracerebrales), claudicación intermitente (aterosclerosis obliterante de miembros inferiores), trombosis mesentéricas o aneurisma aórtico, ya sean abdominales o de la aórtica torácica descendente.

- **Encefalopatía hipertensiva.** Se produce como consecuencia de una elevación de la PA por encima del límite superior de autorregulación, el cual puede situarse en una P.A. media de 150-200 mm Hg en un paciente con hipertensión de larga evolución, y en niveles inferiores en los normotensos previos.
- **Infarto cerebral.** La reducción de la PA por debajo del límite inferior de la autorregulación cerebral, que en el hipertenso puede estar en 60 mm Hg o más de PA media, es capaz de provocar una disminución del flujo sanguíneo cerebral e isquemia o infarto consiguiente.
- **Aneurismas de Charcot-Bouchard.** Se localizan sobre todo en las pequeñas arterias perforantes de los núcleos basales, el tálamo y la cápsula interna (el lugar más común de hemorragia cerebral). Las dilataciones aneurismáticas se deben a una degeneración hialina de la pared.

1.5. Epidemiología

La HTA puede considerarse cosmopolita, se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales ambientales y étnicos, en todo el mundo se ha producido un aumento de la prevalencia evidentemente relacionado con patrones diversos que van desde la alimentación inadecuada hasta los hábitos tóxicos y el sedentarismo.⁵

⁵ PÉREZ MORENO, Roberto. Hipertensión arterial
<http://www.monografias.com/trabajos10/confind/confind.shtml#EPIDE>

La prevalencia de la hipertensión varía considerablemente de acuerdo con diversos factores geográficos, culturales, demográficos, nutricionales y genéticos.⁶

Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen esta enfermedad. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA, esta presente en la causalidad de estas defunciones. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de HTA, aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos. En cuanto a su etiología la HTA, es desconocida en el 95% de los casos, identificándose como esencial o primaria. El restante 5% es debido a causas secundarias.⁷

La HTA, se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a una considerable parte de la población. Según la Organización Panamericana de Salud (2001), la HTA, afecta a más de 140 millones de personas en la región, con el agravante de que más del 50% de ellas ni siquiera lo sabe. Esto se deba probablemente, en opinión de dicha fuente, a que esta enfermedad, es una afección silenciosa que no siempre presenta síntomas.⁸

La HTA altera la expectativa de vida. Además acrecienta de 2 a 4 veces la morbilidad – mortalidad cardiovascular. La mitad de los eventos coronarios y los 2/3 de los ACV (Accidente Cerebro Vascular) suceden en pacientes hipertensos.⁹

⁶ MYRON H. WEINBERGER, MD. Conceptos actuales en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión. EEUU. 2004 p.p. 5

⁷ IBID, p.p. 6-9

⁸ BARRETO, Xiomara y FERMÍN, Oscar. Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, Caracas, 2004

⁹ ROSENSTEIN Ster, E., Diccionario de especialidades farmacéuticas en cardiología. Perú 2001. Pág. 328.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), los estudios realizados entre 1995 y 1999, demostraron que en América latina la mayor prevalencia de hipertensión en hombres se ha encontrado en Maracaibo (Venezuela - 49,7%) y la menor entre los indios mapuches de (Chile- 9,1%). En mujeres, la tasa más alta se registró en Paraguay (43,9%) y la más baja en la ciudad de México (9,7%).

Al analizar las cifras presentadas por la OPS. El panorama resulta preocupante, no sólo por su elevada prevalencia en la población de la América Latina, sino por su gran incidencia dentro de la población masculina del Estado de Zulia en Venezuela.

Para Mejía y González (Miembro de la OPS - 2000), uno de los principales problemas que se ha suscitado como consecuencia de los cambios socioculturales y económicos en la sociedad moderna, ha sido el cambio en los estilos de vida del ser humano, cambio que se plasma en los patrones de alimentación, trabajo, descanso y la incorporación de elementos perjudiciales para la salud, que son aceptados socialmente tal y como es el caso de consumo de alcohol y el cigarrillo.

Según estudios realizados por la Organización Mundial de Salud (OMS) (2003), en relación con los efectos y consecuencias de la HTA, a mediano y largo plazo sobre la salud global del enfermo, los resultados obtenidos indican que tan sólo bajando un poco, la PA se reduce (mortalidad por accidentes cerebro vasculares o por isquemia del corazón), cuyo riesgo fluctúa entre un 15% y un 40%, especialmente en personas mayores de 65 años.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Cuba, evidenció que del total de hipertensos detectados sólo el 60,8% eran conocidos y de estos el 75% tenían tratamiento, de los cuales un 12,3% cumplía tratamiento no farmacológico. Un 20,9 % lo hacía con medicamentos y el 42% usaban ambos. Del total de hipertensos conocidos, sólo el 45,2% estaban controlados. Sólo se lograrán soluciones de este problema si se aplican medidas de intervención sobre la comunidad, lo que ya se ésta

haciendo en diversas regiones del planeta. Se ha demostrado una eficacia de la prevención superior al 50% en el proyecto de Karelia del Norte, en Finlandia, donde en un período de 20 años (1972-1992) la incidencia de las cardiopatías disminuyó 55% en los hombres y 68% en las mujeres. Es de suma importancia precisar que el 80% de la disminución en los hombres y el 72% de la disminución en las mujeres fue atribuible a la reducción de la prevalencia de sólo tres factores de riesgo: Hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo. En Cuba, el Proyecto Global Cienfuegos después de cuatro años redujo la prevalencia de hipertensión arterial de 43,9% a 38,5%. La OMS estima que una disminución de 2 mm de Hg en la PA media de la población produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para las cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas. Si esto se aplica a la reducción media lograda en Cienfuegos (Aproximadamente 3,5 mm de Hg.), pueden lograrse disminuciones de 9% para las enfermedades cerebrovasculares, 6% para las cardiovasculares y 4,5% para todas las causas.¹⁰

Ante este problema, ESSALUD en el año 1992, creó el Programa Nacional de Hipertensión Arterial, cuyo objetivo principal es combinar acciones técnicas y sociales para dar protección al asegurado, a su familia y a la comunidad en general de los riesgos de enfermar o morir por HTA y sus complicaciones que pueden expresarse como accidentes cerebro-vasculares o cardiopatía isquémica. En la actualidad, este programa está vigente.

En el Ministerio de Salud no existe programa de HTA, para su tratamiento, los hospitales han establecido los Club de Hipertensión Arterial. Los pacientes de ESSALUD reciben sus medicamentos mientras los de los hospitales del indicado ministerio, se autofinancian.

El Hospital Daniel A. Carrión de la Región Callao, trata a un número elevado de pacientes con HTA. Ante el incremento constante de dichos pacientes, el servicio de cardiología en 1997 creó el Club de hipertensión Arterial, constituido

¹⁰ IBID, p.p. 14-15

por 120 personas, la mayoría de ellos son adultos mayores, predominantemente mujeres, siendo algunas de ellas, obesas y otras, con contextura normal.

El grado de instrucción de los pacientes encuestados que pertenecen al Club de Hipertensión Arterial tenemos que el 51% que corresponde a 19 pacientes tienen estudios de primaria, el 38% que corresponde a 14 pacientes estudios de secundaria y un 11% estudios superiores.

A pesar del constante tratamiento, los pacientes del Club de Hipertensión Arterial, están expuestos a algunos riesgos, siendo el infarto de miocardio que más se presenta, sin embargo, estos pacientes están por el bajo del riesgo promedio, que es 10 veces más de morir de infarto. De los 120 miembros del club sólo a dos le dio accidente cerebro vascular.

De las 113 mujeres miembros del club, una de ellas presenta Insuficiencia Renal y diabetes, 7 son diabéticos.

CAPÍTULO II

2. ESTILOS DE VIDA

2.1. Definición:

Se entiende por estilos de vida a las formas o maneras como las personas satisfacen sus necesidades biológicas o convencionales, es decir, los creados por la sociedad, estilos que generalmente se plasman en hábitos, costumbres, muchos de los cuales, pueden convertirse en vicios que atentan contra la salud de las personas.

Los estilos de vida se originan en la familia y en el entorno social. Las personas adoptan comportamientos de acuerdo a las pautas que la sociedad establece a través del derecho positivo o consuetudinario, es decir, son formas de vida que favorecen o afectan la salud de la persona según la concepción ideológica que ésta tenga al respecto.

Según la epidemiología, "el estilo de vida, hábito de vida, forma de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida pocos saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad estaría incluido dentro de factor huésped"¹¹. De acuerdo a esta definición, los estilos de vida tienen relación directa con la salud o la enfermedad. La salud depende del conocimiento que tenga la persona sobre los efectos del estilo de vida.

Desde el punto de vista sociológico, el estilo de vida "es la manera en que vive la persona o un grupo de personas. Esto incluye la forma de relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, de la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes los valores del mundo de un

¹¹ MORELEY, Jhon E. Nutricional Status of the Elderly, The American Journal of Medicine, Vol 81, p. 23

individuo"¹². Visto de esta manera, los estilos de vida inciden sobre la estructura sociobiosíquica del individuo.

Estilo de vida o modo de vida es una expresión que se aplica de una manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende la vida, no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo (poco menos que una ideología), como en el de una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo (nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultural), expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

Al interactuar con los paciente del Club de Hipertensión Arterial y formularles algunas preguntas, manifiestan: "la presión normal es de 120 ó 130, estas cifras no deben subir, pero al hacer un poquito de desarreglo, la presión sube a 240/120. Ante este hecho, me puse mal, por eso, vine al club. Cuando tengo problemas me sube la presión y también e observado que al tomar semanalmente licor, la presión aumenta y cuando no lo hago esta se mantiene normal". "A mi esposo le gusta tomar, él llevaba a mi casa a sus amigos, entonces, yo participaba igual que ellos, consumiendo bebidas alcohólicas, especialmente, cerveza, subiéndome inmediatamente la presión". "Yo como de todo, pero poquito; consumo bastante queso. Cuando consumo café, siento que me sube la presión. Algunas veces en los cumpleaños de amistades consumo licor; esto sucede una o dos veces al mes."

2.2.1 Médica

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico. El *Estilo de Vida Saludable* es la manera como la gente se

¹² IBID, p. 26

comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud.

Los *Comportamientos o Conductas* son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

La manera como la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que ésta se produzca.

2.1.2 Socio-económica

Generalmente las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben. En cambio los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos.

El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social. Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: PA, colesterol y aterosclerosis

Esto es real para los modos o estilos de vida de cada persona, que se siembran en la familia y se comienzan a moldear desde la infancia de acuerdo a los comportamientos familiares. Es decir en sus costumbres y actitudes con respecto de la vida diaria en todos los aspectos, de trabajo, de reuniones, culinarias, actividad física, sociales, espirituales, etc.

2.2. Según estatus sociales de La Región Callao.

2.2.1. Alto

Los niveles altos de estatus sociales poseen mayores ingresos, el nivel de cultura y sus costumbres de hábitos y de estilos de vida son diferentes a los niveles medio y bajo.

En La Región Callao zonas como La Punta, Bellavista predominan en niveles de estatus alto. En los pacientes del Club de Hipertensión Arterial encontramos que 4 pacientes pertenecen a este estatus dando un porcentaje de 10.5%.

2.2.2 Medio

Los niveles de estatus sociales medios poseen ingresos que les permite tener ciertas comodidades, el nivel de cultura es la estándar o promedio.

En La Región Callao zonas como La Perla y ciertos sectores predominan en niveles de estatus medio, en los pacientes encontramos 15 pacientes que corresponden a 39.4% que corresponden a este estatus social.

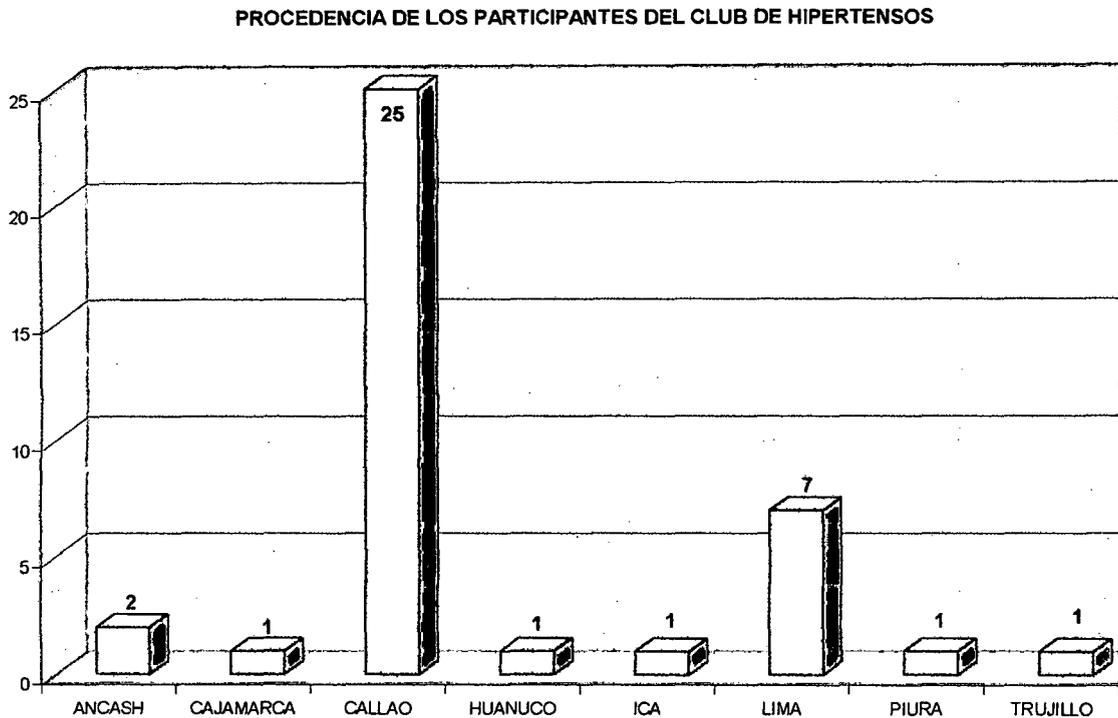
2.2.3 Bajo

Los niveles de estatus sociales bajos poseen ingresos relativamente pobres que no les permite tener ciertas comodidades, el nivel de cultura es deficiente. Las costumbres y hábitos son diferentes de acuerdo a sus ingresos económicos.

Los pacientes con Hipertensión arterial del club de Hipertensión, pertenecen a los distintos estratos sociales, considerando. En La Región Callao, zonas como Cercado Callao (donde encontramos los barrios o barracones) Ventanilla, con diversos Asentamientos Humanos que poseen casas muy precarias y alimentación deficiente. En los datos recogidos encontramos que 19 pacientes pertenecen a este estatus correspondiendo al 10.5%.

Dichos pacientes proceden de distintos departamentos tales como se muestra en el grafico que a continuación se considera

GRAFICO N° 1



FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Los pacientes encuestados que pertenecen al club de Hipertensión arterial, proceden de Ancash, Cajamarca, Callao 25 pacientes, Huanuco, Ica, Piura y Trujillo.

La ocupación de los pacientes encuestados que pertenecen al Club de Hipertensión Arterial, son amas de casa 86.84% que corresponde a 33 pacientes se ocupan de su casa teniendo en cuenta que predomina el sexo femenino y el 13.15% que corresponde a 5 pacientes que laboran como empleados (Cuadro N° 3)

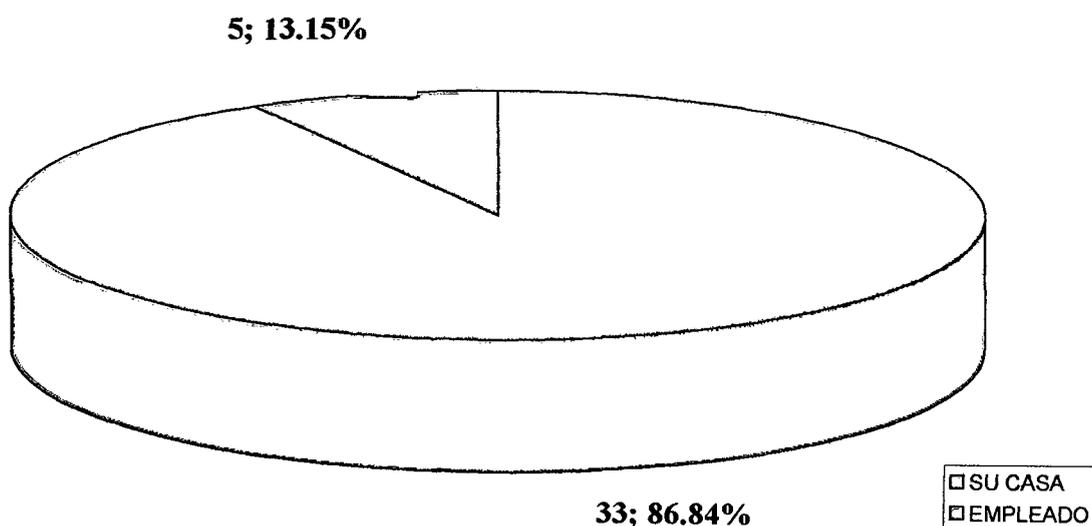
CUADRO N° 3: OCUPACION

Ocupación	Cantidad	Porcentaje
Su casa	33	86.84%
Empleado	5	13.15%

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

GRAFICO N° 2

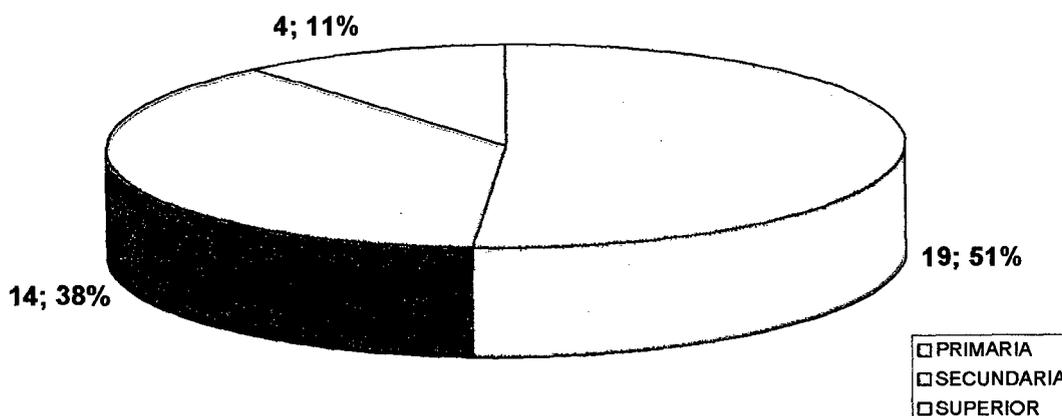
OCUPACION DE LOS PARTICIPANTES DEL CLUB DE HIPERTENSION



El grado de instrucción de los pacientes encuestados que pertenecen al Club de Hipertensión Arterial es el 51% que corresponde a 19 pacientes tienen estudios de primaria, el 38% que corresponde a 14 pacientes estudios de secundaria y un 11% estudios superiores.

GRAFICO N° 3

NIVEL DE INSTRUCCION DE LOS PARTICIPANTES
DEL CLUB DE HIPERTENSOS



2.3 Diferencias significativas.

Las Manifestaciones expuestas de algunos pacientes hipertensos, son evidencias concretas que cotidianamente suceden en la mayoría de personas del país, entre los pacientes del Club de hipertensión encontramos que la procedencia con mayor predominio es del Callao, su actividad principal es de ama de casa y poseen un grado de instrucción de educación primaria, por eso, aumenta el número de estos pacientes. Al convertirse la HTA paulatinamente en un problema social, los hospitales u otras instituciones que tienen que ver con su tratamiento, realizan actividades educativas a cargo de profesionales de enfermería, quienes promueven nuevos estilos de vida saludables orientados a controlar la HTA.

En el 2007, en el Hospital Daniel A. Carrión, se atendieron 10,729 pacientes, con diagnóstico de Hipertensión arterial. Su tratamiento se inicia en los consultorios externos, luego, son derivados al servicio de Cardiología y posteriormente son invitados a integrar el Club de Hipertensión Arterial, algunos de ellos, se integran voluntariamente. En dicho club, se intercambian experiencias y a través del proceso educativo diseñado por el servicio de

cardiología, los responsables del tratamiento ofrecen charlas, talleres, organizan actividades recreativas y consejería nutricional.

En el 2008, acudieron al Hospital Daniel A. Carrión 10,862 pacientes con HTA. El proceso de tratamiento siempre es el mismo. Las estrategias para desarrollar nuevos estilos de vida saludables, son las siguientes:

- a. Cada paciente adquiere un compromiso de autocuidado, que implica:
 - Cumplir las dietas establecidas por la nutricionista :
Dieta hiposodica , Dieta DASH (Ver anexos N° 4, 5, 6)
 - Realizar ejercicios físicos. (Ver anexo N° 7)
 - Reducción de peso corporal de acuerdo al promedio, edad y talla. no mas de 10% (ver anexo N° 2)
 - Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y café.
 - Acudir a la consulta médica para su control 1 vez al mes.
 - No abandonar el tratamiento farmacológico.
Antihipertensivos, diuréticos, antiagregantes plaquetarios
 - Tener conocimientos fundamentales sobre hipertensión arterial.

- b. Los familiares también deben contribuir en la aplicación de un nuevo estilo de vida a través de la siguientes acciones:
 - Preparar las dietas cuando el paciente no esté en condiciones de realizarlas.
 - Acompañar al paciente en las actividades físicas.
 - Estimularlo para que no se sienta deprimido.
 - Conducirlo a la consulta médica.
 - Adquirir los medicamentos antihipertensivos.

En un primer momento se registró que los pacientes del Club de Hipertensión Arterial del hospital Nacional Daniel A. Carrión poseían un estilo de vida no saludable, cuyos hábitos alimenticios generaban aumento de la P.A. y actividad física deficiente.

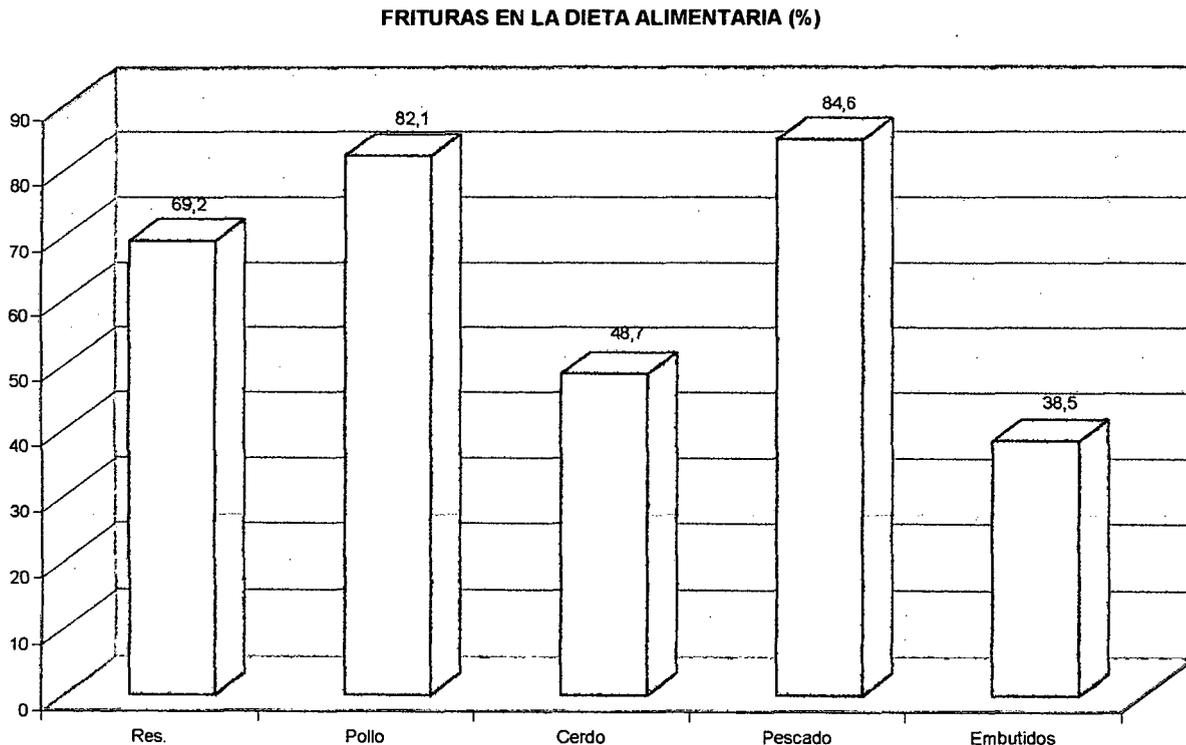
Las frituras que consumían con mayor frecuencia, los pacientes del Club de Hipertensión Arterial, fue pescado, con un 84.6% (33 pacientes), seguida de carne de pollo con un 82% que representaba a 32 pacientes.

CUADRO N° 4: FRITURAS

Dieta alimentaria	Cantidad	Porcentaje
Frituras:		
Carne de res	27	69.2
Carne de pollo	32	82.1
Carne de cerdo	19	48.7
Carne de pescado	33	84.6
Frituras de embutidos	15	38.5

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

GRAFICO N° 4



El tubérculo que más se consumía era la papa, con un 94.9%, seguida de la yuca con un 87.2%, preparadas en diferentes comidas, que se representa en cuadro N° 5 según el análisis comparativo esto se observó en el primer momento de la encuesta (sin educación sobre buenos estilos).

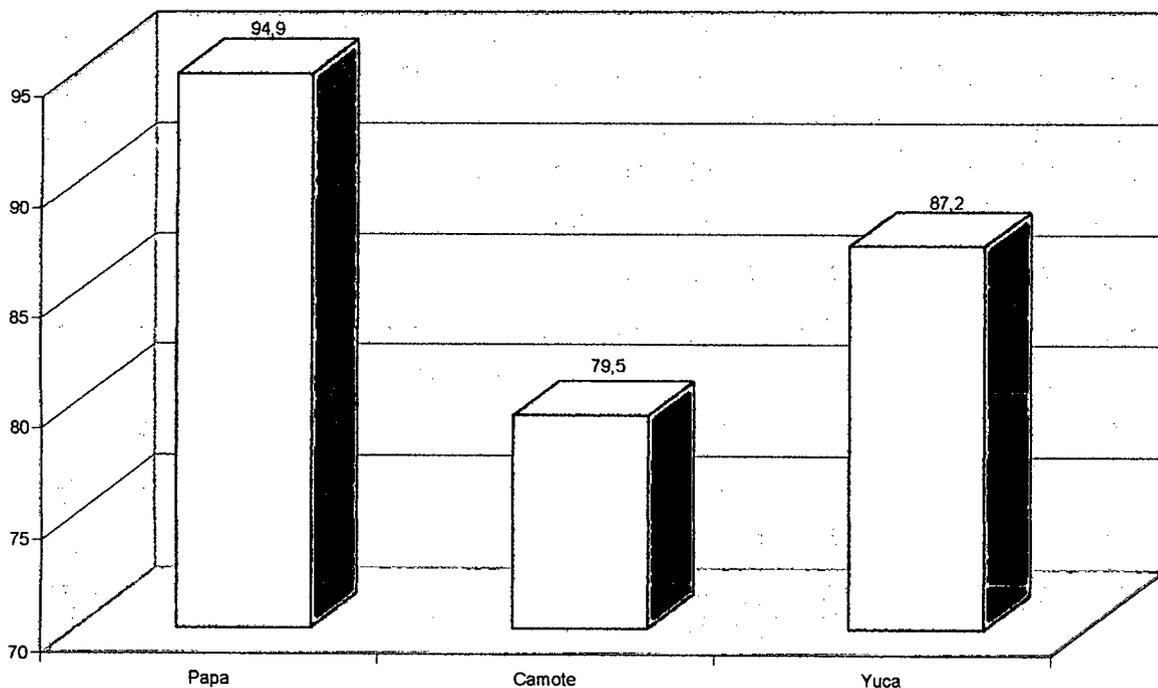
CUADRO N° 5: TUBÉRCULOS

Dieta alimentaria	Cantidad	Porcentaje
Papa	37	94.9
Camote	31	79.5
Yuca	34	87.2

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

GRAFICO N° 5

TUBÉRCULOS EN LA DIETA ALIMENTARIA (%)



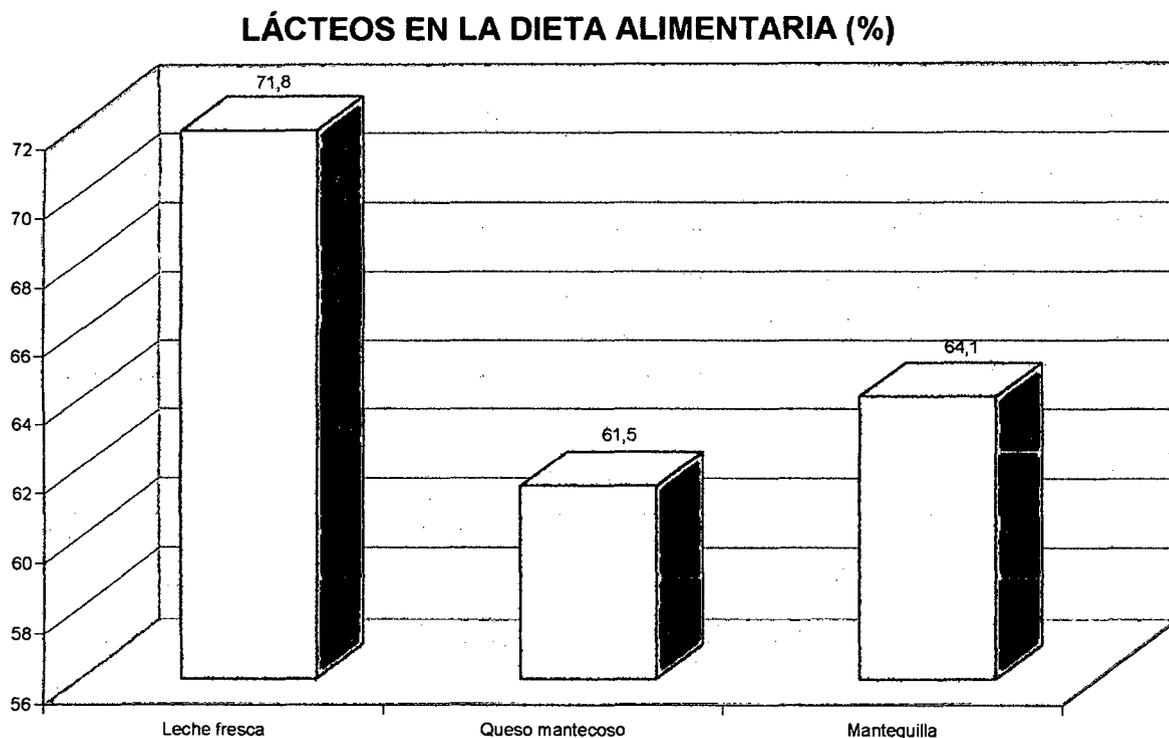
CUADRO N° 6: LÁCTEOS

Lácteos	Cantidad	Porcentaje
Leche fresca	28	71.8
Queso mantecoso	24	61.5
Mantequilla	25	64.1

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El lácteo que más consumían los pacientes del Club de Hipertensión Arterial es la leche fresca con un 71.8%, seguida de la mantequilla con un 64.1% que corresponde a 25 pacientes. Siendo alimentos que incrementan la hipertensión y dislipidemias.

GRAFICO N° 6



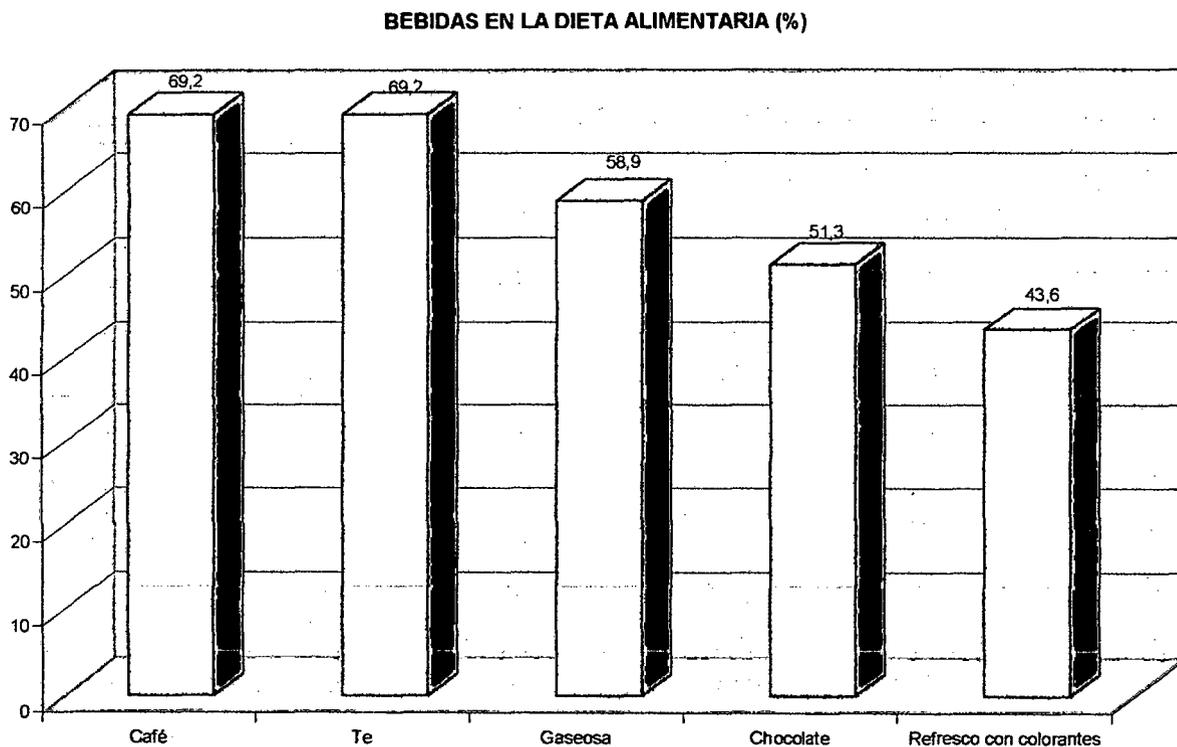
CUADRO N° 7: BEBIDAS

Bebidas	Cantidad	Porcentaje
Café	27	69.2
Te	27	69.2
Gaseosa	23	58.9
Chocolate	20	51.3
Refresco con colorantes	17	43.6

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Las bebidas que más consumían los pacientes del club de hipertensión son el café y el té con un 69.2%.

GRAFICO N° 7



CUADRO N° 8: SALSAS Y ADEREZOS

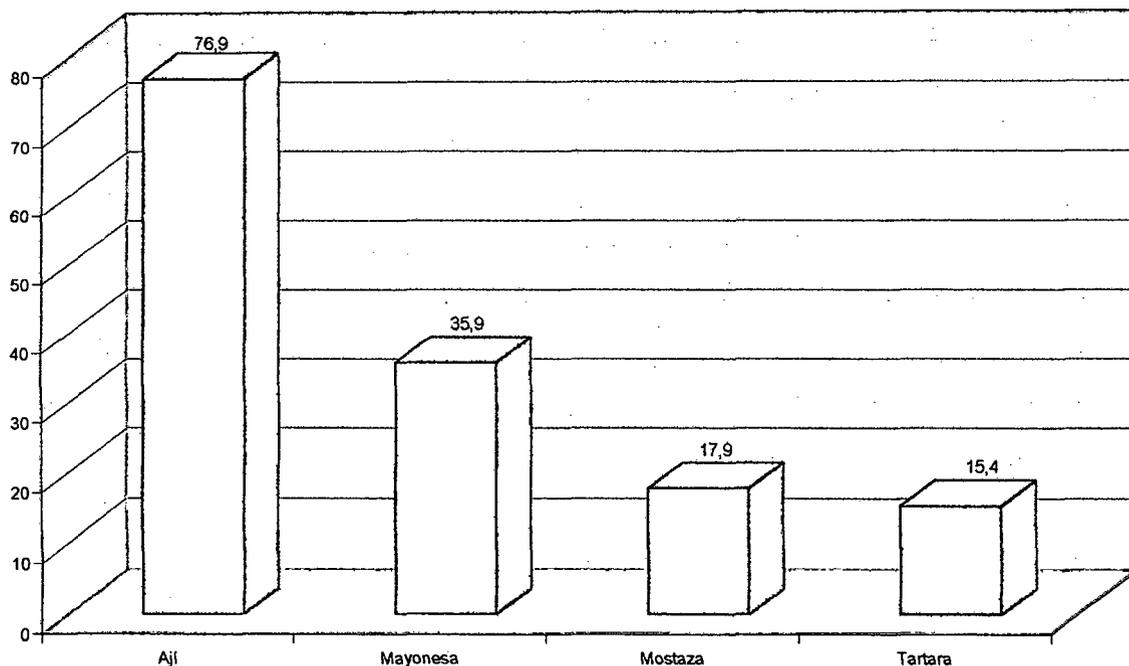
Aderezos	Cantidad	Porcentaje
Ají	30	76.9
Mayonesa	14	35.9
Mostaza	7	17.9
Tártara	6	15.4

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Las salsas y aderezos que más consumían los pacientes del Club de Hipertensión Arterial es el ají con un 76.9% correspondiente a 30 personas.

GRAFICO N° 8

SALSAS Y ADEREZOS EN LA DIETA ALIMENTARIA (%)



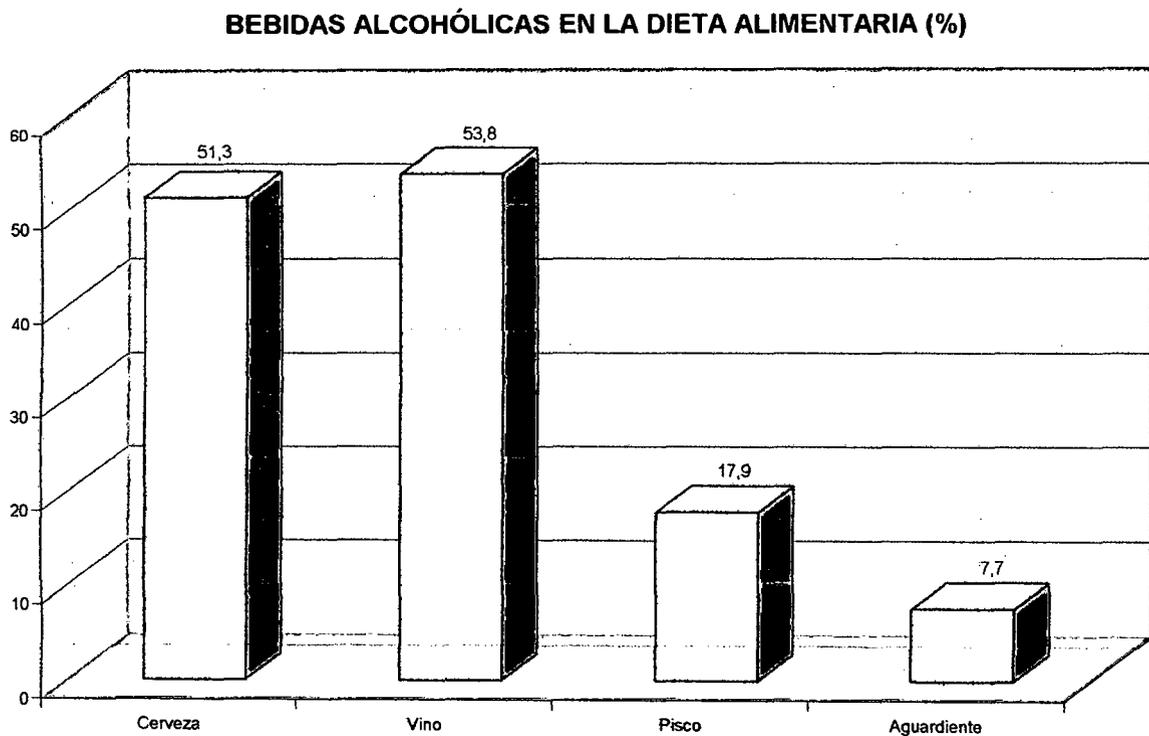
CUADRO N° 9: BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Bebidas alcohólicas	Cantidad	Porcentaje
Cerveza	20	51.3
Vino	21	53.8
Pisco	7	17.9
Aguardiente	3	7.7

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Las bebidas alcohólicas que consumían con mayor frecuencia los pacientes del Club de Hipertensión Arterial son el vino, con un 53.8% y la cerveza con un 51.3%.

GRAFICO N° 9



En lo referente a la actividad física los miembros del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, presentaban un estilo de vida muy deficiente.

CUADRO N° 10: NO REALIZA EJERCICIOS

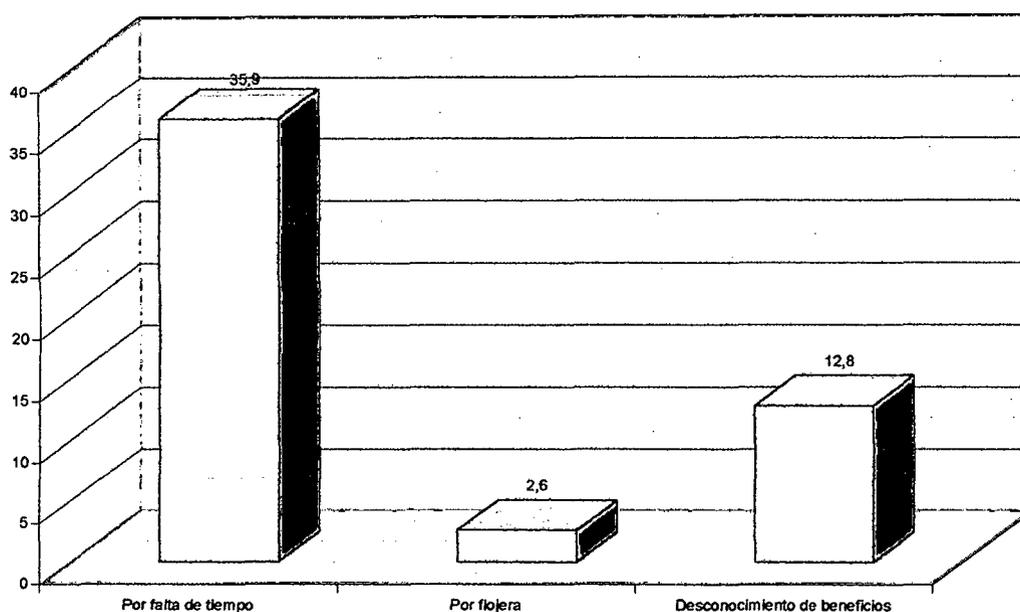
Causa	Cantidad	Porcentaje
Por falta de tiempo	14	35.9
Por flojera	1	2.6
Desconocimiento de beneficios	5	12.8

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

La principal causa por la que los pacientes no realizan ejercicios es la falta de tiempo con un 35.9%, seguida por el desconocimientos de sus beneficios con un 12.8%.

GRAFICO N° 10

CAUSAS POR LAS CUALES NO SE REALIZA EJERCICIOS (%)



Se puede apreciar los malos estilos de vida del paciente hipertenso del Club como presencia de hábitos tóxicos, en su dieta, práctica de ejercicios físicos insuficientes e incumplimiento del tratamiento medicamentoso; Se presentó el estrés con mayor frecuencia en el nivel ocupacional, los hábitos tóxicos más frecuentes fueron la ingestión de café y el consumo de alcohol, se observó un excesivo consumo de frituras y grasa animal, la mayoría de los pacientes no realizan ejercicios físicos, lo cual contribuye al incremento de las cifras de su presión arterial.

CAPITULO III

3. ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

La intervención educativa es efectiva para modificar la calidad de vida del hipertenso, independientemente del medicamento que esté recibiendo el paciente del Club de Hipertensión Arterial del servicio de Cardiología, donde se aplica un tipo de enseñanza activa y participativa con la intervención voluntaria del paciente, para mejorar la calidad de vida saludable, proporcionada por el equipo multidisciplinario de salud (cardiología, oftalmología, nutrición, psicología y rehabilitación), aplicada según el programa anual de actividades educativas del servicio de Cardiología (ver cuadro de anexos N° 8)

- En cada reunión que son dos veces por mes, los segundos y cuartos sábados, se realiza control de la presión arterial y peso. Si es presenta alteración en la PA Sistólica y Diastólica es evaluado por el médico cardiólogo del servicio, proporcionando tratamiento farmacológico antihipertensivo y posteriormente es reevaluado.
- Cada tres meses se realiza el control de perfil lipídico, colesterol total, en coordinación con diferentes laboratorios, mediante una serie de exámenes de sangre utilizados para medir los niveles de colesterol y triglicéridos. Este perfil puede ayudar a determinar el riesgo de cardiopatía.
- Cada cuatro meses se realiza el registro de electrocardiograma, si se presenta alteración es evaluado por el médico cardiólogo del servicio.
- Una vez al año el paciente es evaluado en Refracción y fondo de ojo, para descartar glaucoma y retinopatía, por el servicio de Oftalmología.

3.1. Charlas

Impartir charlas educativas en la comunidad que contribuyan a la promoción de salud y prevención de las enfermedades. La charla educativa es una de las técnicas más utilizadas para desarrollar acciones educativas. Su uso es recomendable en la promoción y prevención de salud.

Comunicación grupal, se producen con grupos que comparten una finalidad común relacionada con la educación, el trabajo y la participación comunitaria en la solución de los problemas de salud. Ejemplo: Charla al club de hipertensión arterial con la finalidad de reflexionar en las ventajas de la disminución de grasas en los alimentos.¹³

En el Club de Hipertensión Arterial del Hospital Carrión se realizaron charlas educativas conjuntamente con el departamento de Nutrición, Psicología, Oftalmología y Rehabilitación Física.

Charlas por el Servicio de Nutrición:

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS.** Con el objetivo de que el paciente acepte su enfermedad y adquiera conocimientos mínimos de HTA y Diabetes Mellitus. Puntos a tratar: Conocimientos y creencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus, hábitos alimenticios y ejercicios físicos, dietas, concientización y motivación sobre disminución de presión arterial, conclusiones y recomendaciones. Adicionalmente se proporciona material impreso sobre el tema tocado.
- **PIRÁMIDE NUTRICIONAL I.** Mediante este tema buscamos que los pacientes conozcan y apliquen correctamente una alimentación balanceada y que mejore su condición de hipertenso. El desarrollo consta de: definición simple y concisa, guía de los cuatro grupos

¹³ ORIENTACIONES GENERALES PARA LOS ESTUDIANTES: Charlas. Tecnología Educativa 2007 <http://www.16deabril.sld.cu/apuntes/charlas/>

alimenticios, proporciones necesarias para una buena alimentación, cereales, verduras y frutas, lácteos, disminución de grasas, efectos producidos en el hipertenso, conclusiones y recomendaciones. Se proporciona material impreso para mayor entendimiento.(Ver anexoNº9)

- **PIRÁMIDE NUTRICIONAL Y DIETAS HIPOCALÓRICAS.** Como continuación a la charla de Pirámide nutricional I, se complementará con conocimientos de dietas hipocalóricas recomendadas para la hipertensión arterial, elaboración de cada dieta proporcionada, porción recomendada y recomendaciones.
- **DIETÉTICA – HTA.** Con el objetivo de brindar conocimientos mínimos de dietética y relacionarlo con su enfermedad la HTA. Consta de definir conceptos básicos de dietética, que debe consumir y que no debe consumir, como repercusión de una buena dieta en el hipertenso, dietas para cada diferente grado de hipertensión, conclusiones y recomendaciones.
- **ETIQUETAS DE ALIMENTOS.** El objetivo es brindar una herramienta informativa al paciente hipertenso sobre alimentos antes de realizar una compra. El etiquetado es el principal medio de comunicación, por una parte entre los productores de alimentos y los consumidores finales. Además, normas de etiquetado de alimentación están sometidas al derecho alimentario propio de cada país. Recomendaciones.
- **DIETÉTICA Y DISLIPIDEMIAS.** Con el objetivo de que el paciente adquiera conocimientos mínimos de dislipidemias (colesterol) donde desarrollamos conceptos claves de ¿Qué es la dislipidemia?, clasificación, colesterol bueno, colesterol malo, pruebas de laboratorio, alimentación sana, ejercicios físicos. etc.

Charlas por el Servicio de Cardiología a cargo de la Enfermera responsable

Lic. Luz Chávez Huamani:

- **SIGNOS DE ALARMA (CRISIS DE HTA).** El objetivo que se busca al brindar este tema a los pacientes del Club de Hipertensión es concientizar al paciente sobre una crisis hipertensiva, mediante un esquema detallado pero simple para la comprensión del paciente, consiste en definir que es una crisis hipertensiva, clasificarla, diferenciar los diferentes tipo de fases que está posee, qué cambios ocurre, qué signos y síntomas son predominantes y cómo reconocerlos y sobre todo cómo se debe actuar frente a una crisis hipertensiva.
- **HTA CONTROLADA - HTA NO CONTROLADA.** Como en cada charla ofrecida el objetivo que se busca al brindar es la motivación de llevar su enfermedad en condiciones controladas, iniciando con casos de HTA no controlada, se explicara que riesgo posee un paciente no controlado y a que puede esa condición; para luego dar ejemplos de HTA controlada, donde enfatizamos en la clase de vida que poseen, estilos de vida saludables y una "vida sana".
- **COMPLICACIONES CRÓNICAS DE HTA.** El objetivo es que los miembros del Club de Hipertensión obtengan conocimiento básico de las complicaciones que se puede presentar en su enfermedad, utilizaremos un esquema donde definimos las complicaciones crónicas de hipertensión, complicaciones cardiológicas y no cardiológicas, como se debe actuar frente a una crisis hipertensiva y recomendaciones.

Charlas por el Servicio de Rehabilitación Física:

- **¿CAMINAR?... EJERCICIO ESENCIAL EN EL HIPERTENSO.** El objetivo es motivar a realizar la actividad física ideal para toda persona. El caminar se ha tornado en una actividad muy popular. A parte de ser una forma excelente de ejercicio. Su flexibilidad le permite ser

practicado casi en todas las circunstancias y lugares. No se necesitan habilidades o entrenamientos especiales.

CUADRO N° 11: EFECTOS DE LAS CHARLAS SOBRE HIPERTENSIÓN

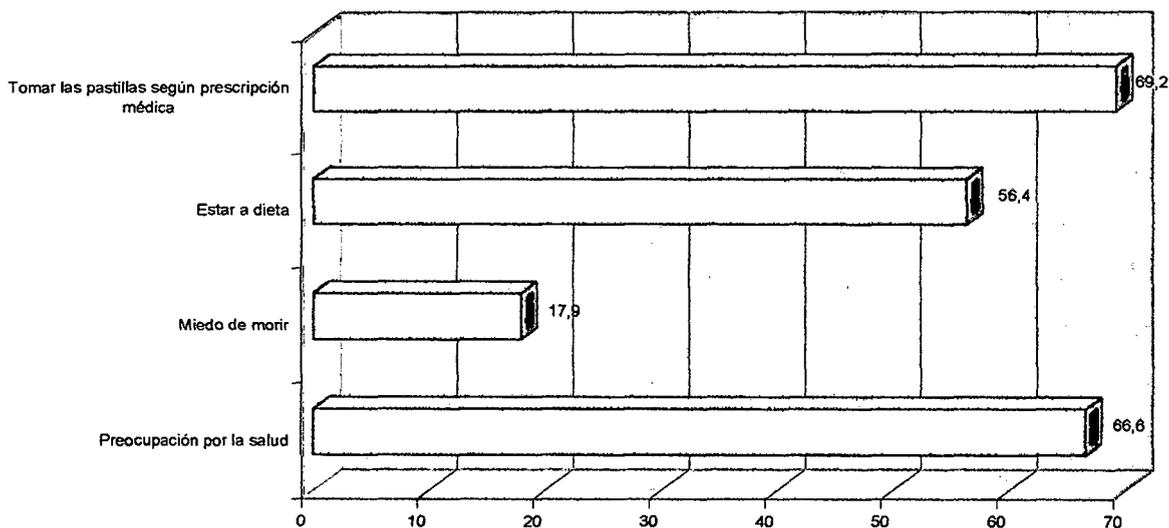
Efecto de las charlas	Cantidad	Porcentaje
Preocupación por la salud	26	66.6
Miedo de morir	7	17.9
Estar a dieta	22	56.4
Tomar las pastillas según prescripción médica	27	69.2

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El principal efecto con un 69.2%, de las charlas aplicados al Club de Hipertensión Arterial del Hospital Carrión generaron motivación para tomar sus medicamentos según la prescripción médica, seguida de la preocupación de su salud con un 66.6%

GRAFICO N° 11

EFECTOS DE LAS CHARLAS SOBRE HIPERTENSIÓN



CUADRO N° 12: EFECTOS DE LAS CHARLAS SOBRE LA HIPERTENSIÓN, EN SUS HÁBITOS ALIMENTICIOS

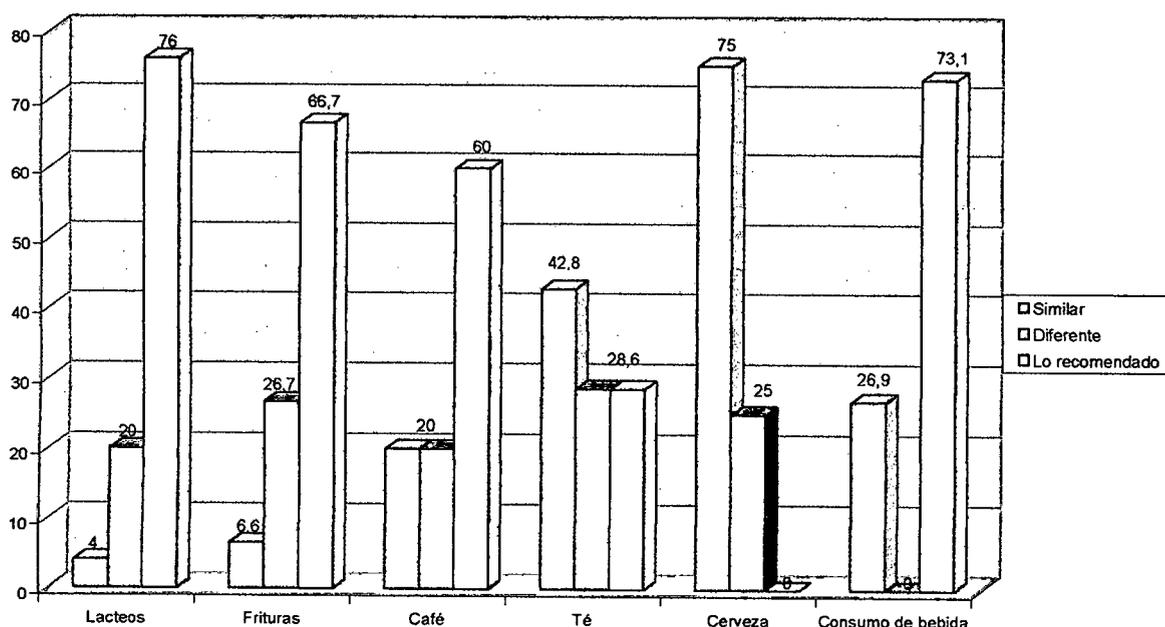
Efecto de las charlas en el consumo	Similar	Diferente	Recomendado	Total
Lácteos	1 (4.0%)	5 (20.0%)	19 (76.0%)	25
Frituras	1 (6.6%)	4 (26.7%)	10 (66.7%)	15
Café	2 (20%)	2 (20.0%)	6 (60.0%)	10
Té	3 (42.8%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	7
Cerveza	3 (75.0%)	1 (25.0%)		4
Consumo de bebida	7 (26.9%)		19 (73.1%)	26

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El mayor cambio, como efecto de las charlas sobre hipertensión, se produjo en el consumo de lácteos, donde el 76.0% consume lo recomendado, seguido por el consumo de bebidas, donde el 73.1% consume lo recomendado. El menor cambio se produjo en el consumo de cerveza, donde el 75.0% de los que la consumían, la siguen consumiendo en forma similar.

GRAFICO N° 12

EFECTOS DE LAS CHARLAS SOBRE HIPERTENSIÓN EN LOS HÁBITOS DE CONSUMO (%)



3.2. Talleres.

A través de los talleres fomentamos el conocimiento de fortalezas y debilidades en el ámbito de los hábitos de vida saludable. Adquirir conocimientos básicos para el cuidado de nuestra salud física, mental y social. Mejorar y promocionar la salud. Aprender técnicas de prevención de diversas enfermedades y sus consecuencias. Establecer relaciones sociales con otras personas.

En el Club de Hipertensión Arterial del Hospital Carrión se realizaron Talleres de **“TOMA DE PRESION ARTERIAL”**, estuvieron dirigidos a todos los integrantes del Club a cargo del servicio de cardiología por la Enfermera responsable Lic. Luz A. Chávez Huamaní.

- **Toma de la presión Arterial.** Al paciente miembro del Club de Hipertensión Arterial, se le enseña el procedimiento para medir la presión arterial a través de aparatos biomédicos que se utilizan para tal fin. Dichos aparatos, son:
 - *Esfigmomanómetro de mercurio.* Es el más exacto y menos expuesto a errores. Para su uso se requiere un fonendoscopio o estetoscopio.
 - *Esfigmomanómetro de aire.* Es el más utilizado y es un aparato preciso. Para su aplicación, también se necesita un estetoscopio.
 - *Aparato electrónico.* Este aparato médico se utiliza para el autocontrol. No necesita fonendoscopio, lleva un detector del pulso incorporado, es de fácil manejo. Es muy sensible a los ruidos y movimientos, para que los valores obtenidos sean exactos, es necesario que el brazo no se mueva y el paciente no hable. Es ideal para el uso del paciente.

Es importante que el aparato esté en buenas condiciones y se revise periódicamente la calibración.

Una vez que se le ha informado al paciente el tipo y uso de los aparatos que mide la presión arterial, éste debe cumplir una serie de condiciones, tales como:

- Estar relajado.
- Sentado y con el brazo derecho sobre la mesa.
- La ropa no debe presionar el brazo.
- No cruzadas las piernas cuando se mide la presión arterial.
- Medir la presión después de 30 minutos de haber comido, fumado, bebido alcohol, de realizado ejercicio físico. Para el efecto, debe colocarse el manguito del esfigmomanómetro a la altura del corazón, el borde superior del mismo debe estar como mínimo 2 cm por encima de la flexura del codo. A continuación, se infla el manguito hasta una presión de 180 mm de Hg, si se sabe que en determinaciones anteriores, la presión sistólica era superior a esta cifra, se infla hasta una presión 200 mm Hg por encima de la última conocida.
- Luego, se coloca la campana del estetoscopio donde previamente se ha localizado el latido arterial en la flexura del codo y se procede a desinflar poco a poco el manguito.
- El primer latido que se escucha corresponde a la presión sistólica o máxima y la desaparición del latido a la presión diastólica o mínima. En los niños y en algunos adultos, los latidos no desaparecen, entonces, se considera como presión diastólica aquella en la que se modifica la tonalidad de los latidos.
- Se procede a un registro detallado de las presiones registrando hora, fecha y valor obtenido.

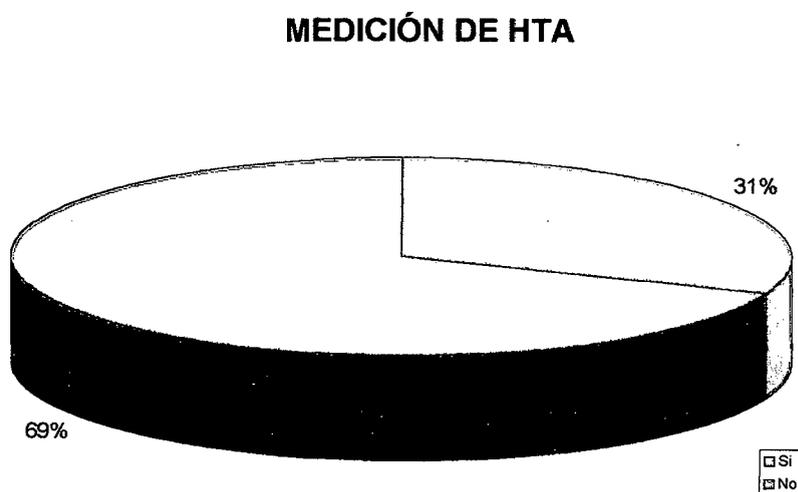
CUADRO N° 13: MEDICIÓN DE HTA

Sabe medir su Presión Arterial	Cantidad	Porcentaje
Si	12	30.7
No	27	69.3

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

De los 38 pacientes solo 12 pacientes aprendieron a medir la presión arterial representando el 30.7 % y 27 paciente que representa al 69.3% no lograron aprender por tener impedimento auditivos (hipoacusia)

GRAFICO N° 13



3.3. Dinámicas de grupo

Las dinámicas grupo es una técnica empleada para la participación e integración de cada integrante del grupo en la cual se busca la diversión, relajación, motivación, etc.

Cuadro N° 14: Representaciones dinámicas generan en Usted:

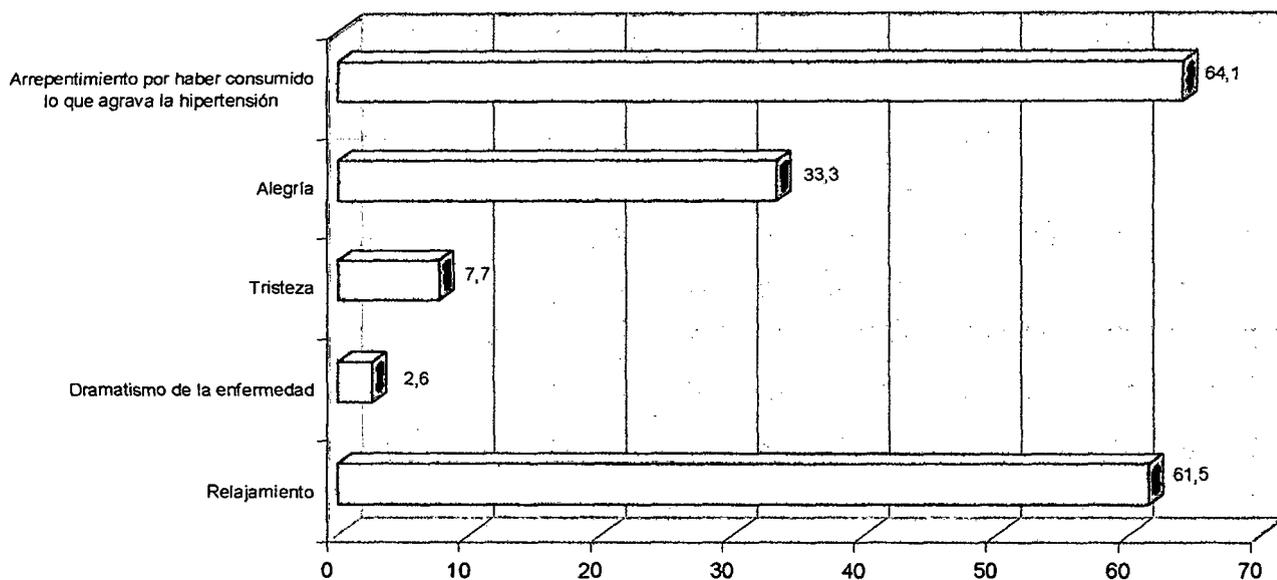
Representaciones dinámicas	Cantidad	Porcentaje
Relajamiento	24	61.5
Dramatismo de la enfermedad	1	2.6
Tristeza	3	7.7
Alegría	13	33.3
Arrepentimiento por haber consumido lo que agrava la hipertensión	25	64.1

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El principal efecto que produjo las representaciones dinámicas de los hipertensos, fue el arrepentimiento por haber consumido lo que agrava la hipertensión con un 64.1%, seguido por el relajamiento con un 61.5%.

GRAFICO N° 14

EFFECTO DE LAS REPRESENTACION DINÁMICAS (%)



3.4. Exhibición de Videos

Esta forma de educación a los pacientes fue muy acogida pues es una forma muy divertida, para captar la atención de todo el grupo. Se presentaron videos educativos sobre todo de prevención de salud.

CUADRO N° 15: EFECTOS QUE GENERAN LOS VIDEOS

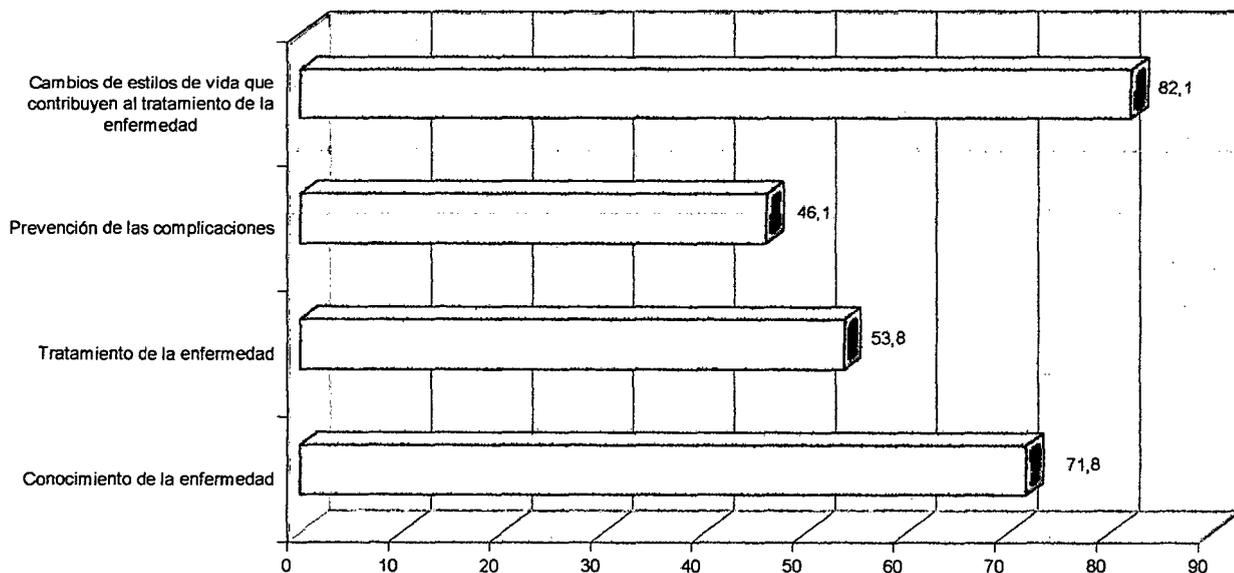
Videos de Hipertensión	Cantidad	Porcentaje
Conocimiento de la enfermedad	28	71.8
Tratamiento de la enfermedad	21	53.8
Prevención de las complicaciones	18	46.1
Cambios de estilos de vida que contribuyen al tratamiento de la enfermedad	32	82.1

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El mayor efecto que produjeron los videos sobre hipertensión fueron los cambios de los estilos de vida que contribuyen al tratamiento de la enfermedad con un 82.1%, seguido por el conocimiento de la enfermedad con un 71.8%.

GRAFICO N° 15

EFECTOS QUE GENERAN LOS VIDEOS



3.5. Propaganda:

3.5.1. Afiches:

La distribución de afiches como material educativo que fue utilizado en cada actividad educativa o como medio de información, en el servicio de cardiología es proporcionada previa coordinación con diversos laboratorios y el Hospital Daniel A. Carrión, algunos temas son:

- Infarto de Miocardio
- Diabetes Mellitus
- Obesidad y sus consecuencias
- Factores de riesgo en HTA.

Cuadro N° 16: PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES DE HTA

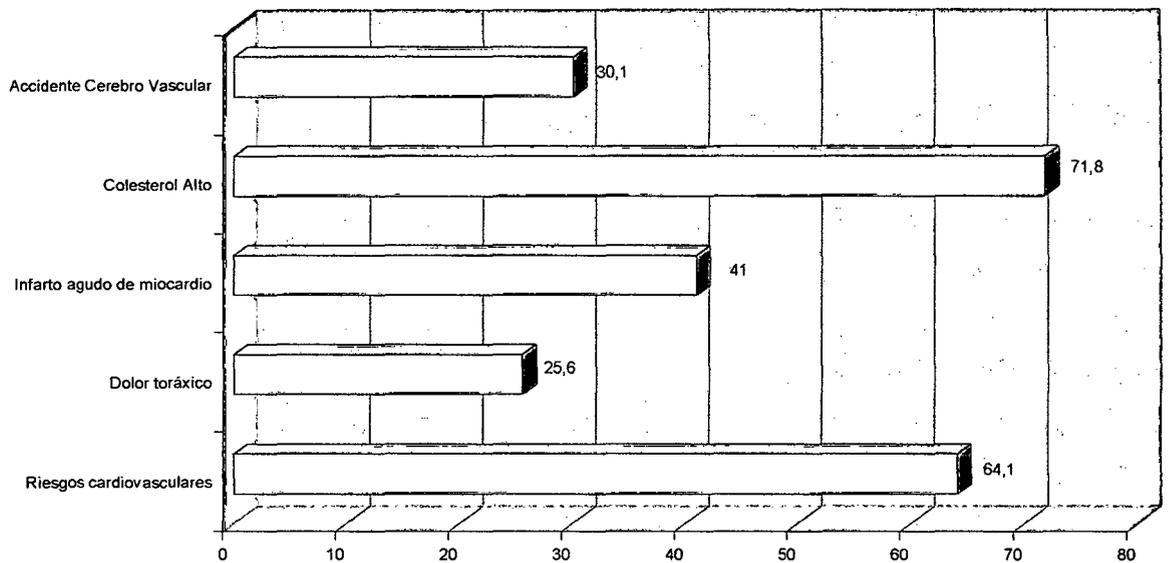
Afiches para prevenir complicaciones, según efecto	Cantidad	Porcentaje
Riesgos cardiovasculares	25	64.1
Dolor torácico	10	25.6
Infarto agudo de miocardio	16	41.0
Colesterol Alto	28	71.8
Accidente Cerebro Vascular	12	30.1

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Según los afiches que proporciona el servicio de cardiología, los factores que tienen mayor incidencia para prevenir las complicaciones de la presión arterial son el colesterol alto con un 71.8%, seguido por riesgos cardiovasculares con un 64.1%.

Gráfico N° 16

Factores de riesgo para prevenir complicaciones según efecto de afiches (%)



3.5.2. Boletines informativos:

Los temas que se distribuyeron fueron proporcionados por el Hospital Daniel A. Carrión y la ayuda diversos laboratorios, teniendo así los siguientes temas:

- Lo que usted quiere saber sobre el colesterol y triglicéridos.
- Como Controlar su colesterol: Dieta y Actividad Física
- Controle los niveles de colesterol en sus alimentos
- Presión arterial Elevada
- Si usted tiene diabetes y presión arterial alta.... Hacer unos pequeños cambio hoy, puede ser la gran diferencia mañana.
- Si usted tiene presión arterial alta.... Hacer unos pequeños cambio hoy, puede ser la gran diferencia mañana.
- Guía de consejos prácticos para pacientes con presión arterial elevada
- Guía para comprender la Diabetes tipo 2
- Hipertensión arterial: consejos para controlar la presión arterial 1
- Su plan de alimentación saludable

- Dietas para dislipidemias mixtas.
- La sal y la hipertensión arterial.
- Guía Nutricional.
- La dieta del diabético
- Lo que usted debe saber sobre... Los factores de riesgo.
- El estrés: conozca como le afecta, le ayudamos a combatirlo
- Como reducir el colesterol elevado HDL
- Aprendiendo a comer rico y saludable. Recetas coleccionables 1
- Aprendiendo a comer rico y saludable. Recetas coleccionables 2
- Aprendiendo a comer rico y saludable. Recetas coleccionables 3
- Aprendiendo a comer rico y saludable. Recetas coleccionables 4
- Hacer ejercicios ayuda a mejorar su salud.
- Presión arterial
- La prevención del infarto 1
- La prevención del infarto 2
- Los factores de riesgo
- Dieta para pacientes con hipercolesterolemia
- Nueva dieta para reducir el colesterol

3.5.3. Trípticos: Los siguientes temas

- Disminuya las grasas y el colesterol en su dieta
- Lo que usted debe saber sobre Hipertensión Arterial
- Hipertensión y Diabetes
- Ejercitando su corazón
- Guía de información para el paciente hipertenso.
- ¿Qué es la hipertensión?
- Tabla de alimento de uso común

3.7. Identificación de los pacientes con las acciones realizadas.

De las estrategias establecidas por los profesionales de enfermería para controlar la hipertensión arterial, el 90% de integrantes del club de hipertensos, se identifican con las indicaciones establecidas, repercutiendo en el estado de ánimo y en su calidad de vida.

PROGRAMACION ANUAL DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS DEL CLUB DE HIPERTENSION ARTERIAL

SERVICIO DE CARDIOLOGIA

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
INAGURACION	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
HTA Y DIABETES MELLITUS	SERVICIO DE NUTRICION
PASEO PLAYA "LA ENSENADA"	
TALLER MANEJO DE STREES	SERVICIO DE PSICOLOGIA
PIRAMIDE NUTRICIONAL I	SERVICIO DE NUTRICIÓN
TALLER DE TOMA DE PRESION	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
VAMOS A CAMINAR	SERVICIO DE NUTRICIÓN y REHABILITACION (motivación) SERVICIO DE CARDIOLOGIA (ejecución)
CELEBRACION DIA DE LA MADRE	
SIGNOS DE ALARMA (CRISIS DE HTA)	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
PIRAMIDE NUTRICIONAL Y DIETAS HIPOCALORICAS	SERVICIO DE NUTRICIÓN
CELEBRACION DIA DEL PADRE	
DIETETICA - HTA	SERVICIO DE NUTRICIÓN
TALLER RELACIONES INTER PERSONALES	SERVICIO DE PSICOLOGIA
HTA CONTROLADA HTA NO CONTROLADA	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
CONTROL ANUAL DE FONDO DE OJOS	SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
PASEO SANTA ROSA DE QUIVES	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
ANIVERSARIO DEL CLUB	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
TERAPIA GRUPAL ANSIEDAD Y EMOCIONES	SERVICIO DE PSICOLOGIA
ETIQUETAS DE ALIMENTOS	SERVICIO DE NUTRICIÓN
DIETETICA Y DISLIPIDEMIAS	SERVICIO DE NUTRICIÓN
COMPLICACIONES CRONICAS DE HTA. (video)	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
CLAUSURA	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
PROCEDIMIENTOS	
ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Control de dislipidemia colesterol total (Cada 3 meses)	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
Electrocardiograma (Cada 4 meses)	SERVICIO DE CARDIOLOGIA
Fondo de ojo y Refracción (1 vez al año)	SERVICIO OFTALMOLOGIA

FECHA: segundo y cuarto sábado de cada mes

HORARIO: 8.30 AM a 1 PM.

8.30 a 9.00 AM control de la presión arterial.

CAPITULO IV.

4. ESTILOS DE VIDA SUGERIDOS EN RELACION A LA ALIMENTACIÓN.

4.1. Disminución de consumo:

4.1.1. Sal en la dieta

Estudios epidemiológicos afirman que el consumo de sal en la dieta contribuye a la elevación de la P.A. y la prevalencia de hipertensión. El efecto parece estar relacionado con el bajo consumo de potasio de los alimentos. Estudios controlados y aleatorizados en pacientes hipertensos indican que la reducción del sodio en la dieta en 4.7- 5.8 gr al día desde un consumo inicial de alrededor de 10.5 gr al día reducirán la presión arterial de 4-6 mmHg de media ó aún más si se combina con otros consejos dietéticos, y se une al efecto de descenso de la PA de la medicación. Se debe avisar a los pacientes para que no añadan sal a la dieta, que esta no sea salada obviamente, particularmente comidas precocinadas, y consumir más alimentos cocidos directamente de alimentos naturales que tengan alto contenido en potasio ¹⁴

Alimentos con alto contenido de sodio:

- Sal fina o de mesa, salvo que el médico la indique en forma de sellos.
- Sal gruesa o de cocina.
- Seudosales dietéticas (de apio, de cebolla, de ajo, etc.).
- Endulzantes artificiales con base de sodio (sacarina).
- Polvo para hornear.
- Quesos duros y semiduros, salvo que no contengan sal agregada.
- Fiambres, embutidos (salchichas, hot dog, chorizo), hamburguesas y otros productos industrializados.
- Alimentos enlatados.
- Alimentos en salmuera (aceitunas).
- Productos industriales congelados.

¹⁴ Guías del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la hipertensión arterial Journal of Hypertension 2003; 21: 1011-1053 Traducción: Drs. Eduardo Mayoral y Rafael Molina.
<http://www.samfyc.es/portal/modules.php?name=guia2003>

- Productos piqueos (papitas, chizitos, palitos).
- Caldos y sopas industrializados.
- Conservas.
- Mariscos.

4.1.2. Alimentos ricos en grasas saturadas

Los hipertensos deberían ser aconsejados para consumir más frutas y verduras y para reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol. En estudios recientes DASH ha mostrado que esta dieta puede influenciar beneficiosamente otros riesgos cardiovasculares y reducir la PA.

4.1.3. Alimentos con preservantes.

Conservante es cualquier sustancia añadida a los alimentos (bien sea de origen natural o de origen artificial) que pueda detener o minimizar el deterioro.

Evitar productos enlatados que utilizan al sodio como preservante, por el incremento de la PA.

4.2. Aumentar el consumo de:

4.2.1. Cereales

Los cereales integrales (quinua, cebada, maca, lenteja, fréjoles, garbanzos, soya, trigo, arvejas, maíz, etc.), proporcionan mucha fibras, minerales y vitaminas. Su importancia dentro de la alimentación es tan grande que se afirma que deberían constituir una tercera parte del total de alimentos que una persona consume. Se ha comprobado que, además de ser una fuente muy sana de energía, previenen la aparición de muchas enfermedades, como el estreñimiento, el cáncer de colon o el cáncer de mama, la osteoporosis o la anemia.

La mejor manera de comerlos es sin refinar, dado que en la corteza del grano integral, es donde se encuentra la mayor parte de los nutrientes, mientras que aquellos que están refinados tienen fundamentalmente almidón. Tampoco es conveniente añadirles grasas adicionales para no exceder el número de calorías.

- **Avena:** posee un gran contenido en dos tipos de fibra: fibra insoluble muy adecuada para facilitar el tránsito intestinal y evitar el estreñimiento; y fibra soluble. Además de vitaminas del grupo B, contienen minerales como hierro, calcio, zinc, sílice, yodo y fósforo.

CUADRO N° 17: CEREALES QUE LE AGRADA COMER CONSTANTEMENTE

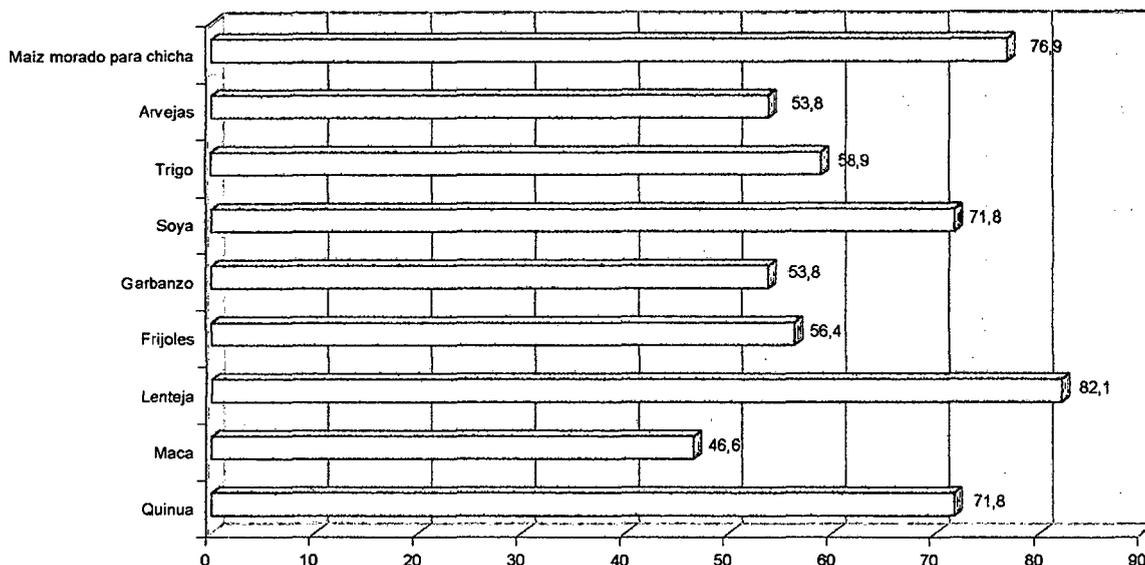
Cereales	Cantidad	Porcentaje
Quinua	28	71.8
Maca	18	46.6
Lenteja	32	82.1
Frijoles	22	56.4
Garbanzo	21	53.8
Soya	28	71.8
Trigo	23	58.9
Arvejas	21	53.8
Maíz morado para chicha	30	76.9

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

En los nuevos estilos de vida, los cereales que tienen mayor preferencia son las lentejas con un 82.1%, seguido por el maíz morado con un 76.9%. La quinua y la soya también tienen una preferencia aceptable que alcanza el 71.8%.

GRÁFICO N° 17

CEREALES QUE LE AGRADA COMER CONSTANTEMENTE



4.2.2. Fibras

Existen estudios en los que se ha comprobado que la fibra protege en contra de la hipertensión, la hiperlipidemia y las enfermedades cardiovasculares.

La asociación entre la dieta alta en fibra y la obesidad tiene un particular interés. Los altos niveles de insulina circulante asociados a una dieta baja en fibra promueven a la obesidad por diversos mecanismos alterando la fisiología del tejido adiposo, influenciando el metabolismo energético y aumentando el apetito.

4.2.3. Vegetales

Los vegetales cuentan con un pigmento denominado clorofila, cuya composición química tiene en el centro al magnesio, mineral importante para la dieta. Además, al tener un color tan inmenso, encubre el contenido natural de

estos productos, el betacaroteno pigmento que da color naranja o amarillo al alimento.

Brindan minerales pero también hierro, el cual no está en composición animal y requiere convertirse al estado ferroso para poder ser utilizado por el organismo humano. Para ello requiere de vitamina C, la cual se encuentra en el limón, por ejemplo.

Además de ser una fuente de magnesio y hierro, también aportan una buena cantidad de fibra, fundamental. Los tres principales vegetales verdes en la dieta: la espinaca, la acelga y el brócoli. Además pueden incluirse las legumbres, arvejas y vainitas. Las hojas del apio también deben ser utilizadas.

Cuadro N° 18: Vegetales con fibra que deben consumir

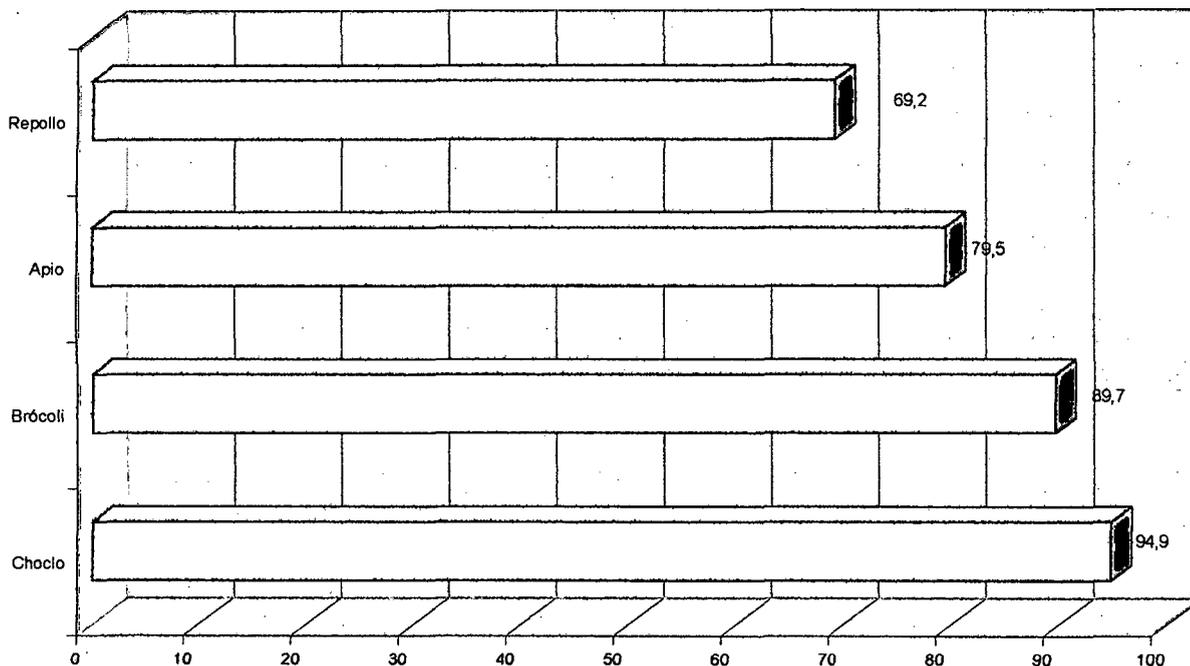
Vegetales	Cantidad	Porcentaje
Choclo	37	94.9
Brócoli	35	89.7
Apio	31	79.5
Repollo	27	69.2

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

En los nuevos estilos de vida, todos los vegetales con fibra son de la preferencia de los pacientes del club de hipertensos, estos tienen una preferencia que varía entre el 69.2% para el repollo y un 94.9% para el choclo.

GRÁFICO N° 18

VEGETALES CON FIBRA QUE DEBEN CONSUMIR



Cuadro N° 19: vegetales que prefieren consumir frecuentemente

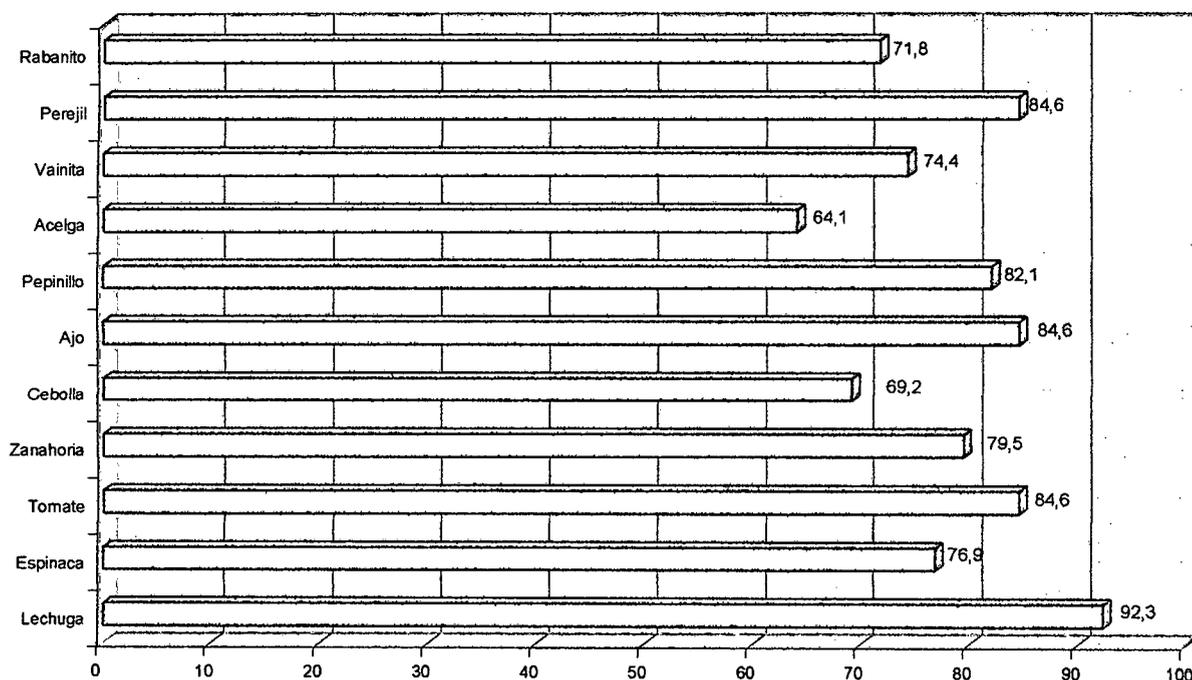
Vegetales	Cantidad	Porcentaje
Lechuga	36	92.3
Espinaca	30	76.9
Tomate	33	84.6
Zanahoria	31	79.5
Cebolla	27	69.2
Ajo	33	84.6
Pepinillo	32	82.1
Acelga	25	64.1
Vainita	29	74.4
Perejil	33	84.6
Rabanito	28	71.8

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Existe una gran preferencia por todos los vegetales mostrados en la tabla, estas oscilan entre el 64.1% consumo de acelga y el 92.3%. Consumo de lechuga.

GRÁFICO N° 19

Vegetales que prefieren consumir frecuentemente (%)



4.2.4. Frutas.

Las frutas son uno de los grupos alimentarios más importantes para nuestro organismo. Como cualquier alimento, las frutas nos aportan proteínas, lípidos, hidratos de carbono y fibra, además de otros muchos aportes para nuestro organismo; así pues, es indispensable la ingesta de frutas para una buena alimentación, sana y saludable.

El investigador Paul F. Jacques, en la Universidad de Tufts en EEUU, descubrió que los pacientes con menor ingesta de fruta y especialmente niveles más bajos de vitamina C tenían entre dos y tres veces más posibilidades de sufrir de hipertensión. Si a ello le sumamos que las frutas también contienen fibra.¹⁵

¹⁵ VICENT ARNAU, Josep. Frutas y minerales contra la hipertensión
<http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=648>

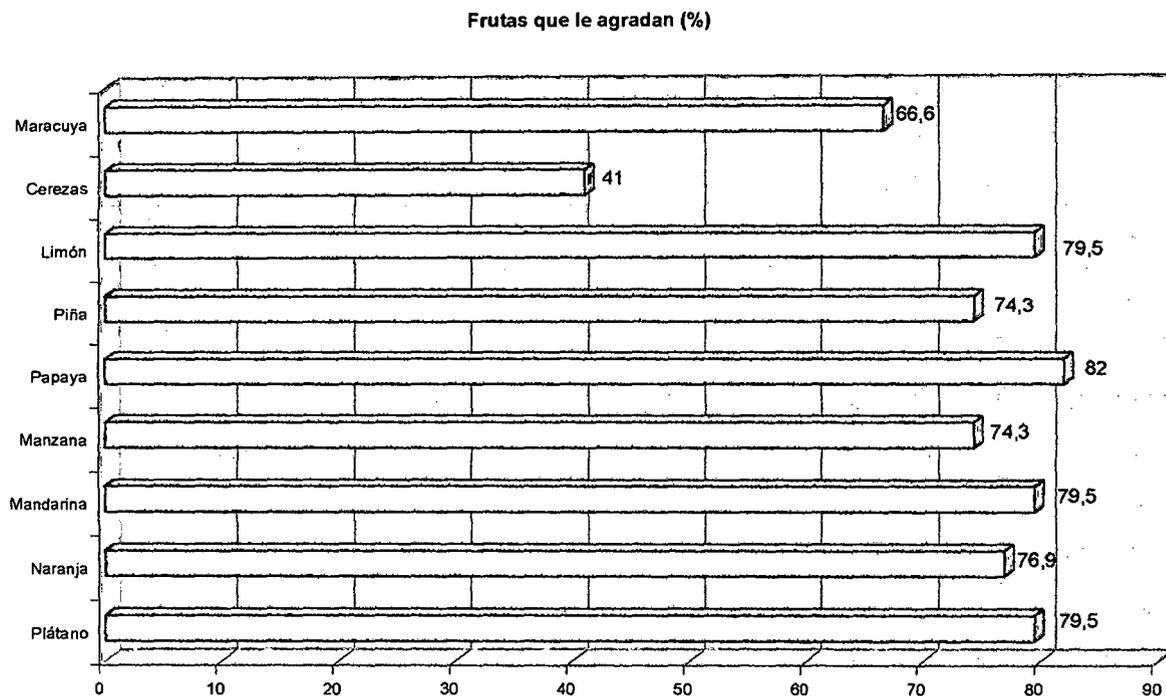
Cuadro N° 20: Las frutas que le agradan

Frutas	Cantidad	Porcentaje
Plátano	31	79.5
Naranja	30	76.9
Mandarina	31	79.5
Manzana	29	74.3
Papaya	32	82.0
Piña	29	74.3
Limón	31	79.5
Cerezas	16	41.0
Maracuyá	26	66.6

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

A excepción de las cerezas que tienen una baja preferencia (41.0%), el resto de las frutas mostradas en la tabla tuvieron una preferencia que oscila entre 66.6% y 82.0%

GRÁFICO N° 20



4.2.5. Alimentos ricos en potasio.

El potasio es el tercer mineral más abundante en nuestro cuerpo y juega un papel muy importante para el funcionamiento de los nervios y músculos del cuerpo. Además, interviene en el mecanismo regulador de la cantidad y el reparto del agua en el organismo, en la construcción de las proteínas y fortalece la actividad del riñón, ayudando en la eliminación de las toxinas.

El mencionado elemento se encuentra por igual en la dieta habitual del ser humano (la cual aporta la cantidad suficiente, de 2 a 4 gramos al día)

Es indispensable también en el almacenamiento de carbohidratos, ayuda a mantener un ritmo cardiaco adecuado y a estabilizar la PA.

Entre los principales alimentos ricos en potasio, se encuentran la palta, los cítricos, el kiwi, los plátanos (396 mg. Por cada 100 gr.), la papa, el tomate, las legumbres, la levadura seca, el café y el cacao.

4.3. Cambios en el consumo de alimentos después de la acción educativa.

En los nuevos estilos de vida de los pacientes del club de hipertensión Arterial, después de la acción educativa se ha comprobado que modificaron su preferencia en el consumo de cereales, vegetales, con fibra y frutas, la disminución de sal y alimentos ricos en grasa, adoptando una buena alimentación sana y saludable.

CAPITULO V

5. LA ACTIVIDAD FÍSICA: FACTOR FUNDAMENTAL PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

5.1. Acciones físicas predominantes.

5.1.1. Ejercicios.

Es altamente recomendado, no sólo produce reducción de presiones arteriales, tiene efecto beneficioso sobre otros factores de riesgo cardiovascular, tales como: obesidad, diabetes, colesterol alto, etc. Sea cual sea la edad del paciente, hacer regularmente ejercicio físico moderado es un hábito saludable que repercute positivamente en la vida de los hipertensos, algunos de ellos los exponemos a continuación¹⁶: aeróbicos, danzas, bailes y caminatas.

Los aportes que ejerce la actividad física, los ejercicios, son: aumenta la esperanza de vida y disminuye el riesgo de enfermar, previene y mejora el control de los factores de riesgo cardiovascular, reduce el peso y en especial la grasa abdominal, previene la osteoporosis y mejora las articulaciones de sus huesos, retrasa o evita el desarrollo de la diabetes, mejora la capacidad de sus pulmones, el estado de ánimo y facilita el sueño y le facilita compartir una actividad con amigos o familiares y hacer nuevos amigos.

En el club de hipertensión arterial, se realizan actividades físicas en coordinación con el servicio de Rehabilitación Física del Hospital Nacional A. Carrión con el objetivo de dar razón al adecuado manejo de multidisciplinario de la HTA. Las actividades consisten en sesiones de gimnasia aeróbica y de bajo impacto, que participen la mayor cantidad de grupos musculares, que sean sistemáticos, evitar actividades

¹⁶ MAXWELL MH, FRISHMAN WH, KONG BW, Consideraciones sobre la calidad de vida en relacion al tratamiento antihipertensivo de primera linea cardiovascular. 1995, p.p. 187 -192

complicadas, tener presente que esta actividad implica riesgos y debe existir una supervisión estrecha de ella.

Las actividades de bajo impacto son: la caminata, el ciclismo o pedalear en la bicicleta, la natación, la hidrogimnasia, subir escaleras, bailar, yoga, tai Chi chuan y gimnasia aeróbica.

Cuadro N° 21: ¿Qué actividades físicas le agradaría practicar con mayor frecuencia?

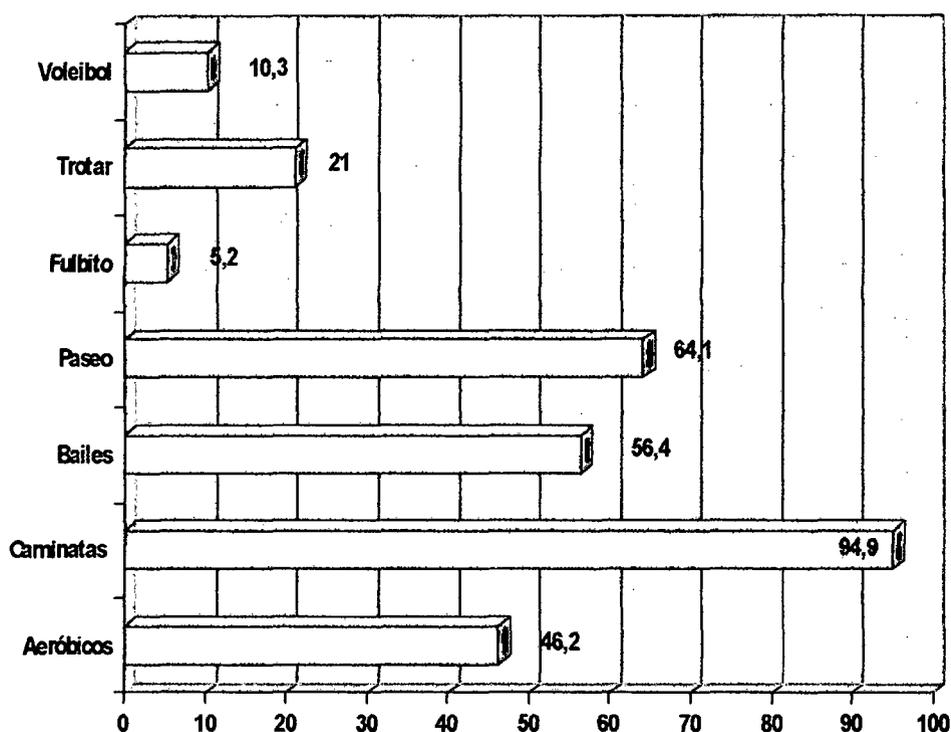
Actividad física	Cantidad	Porcentaje
Aeróbico gimnasia	18	46.2
Caminata	37	94.9
Bailes	22	56.4
Paseo	25	64.1
Fulbito	2	5.2
Trotar	8	21.0
Voleibol	4	10.3

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Las actividades físicas que tienen mayor preferencia para los pacientes del club de hipertensos son las caminatas con un 94.9%, seguidos de los paseos con un 64.1%.

GRÁFICO N° 21

Actividad Física que le agradaría practicar con frecuencia (%)



5.1.2. Caminatas.

Al igual que actividades de ejercicios se realiza las actividades de motivación hacia el hábito de la actividad física recreativa habitual y básicamente sobre el hábito de caminar mediante charla impartida por el servicio de rehabilitación.

La caminata se realiza tres veces al año según cronograma, siendo responsable el servicio de cardiología, donde participan integrantes del club de hipertensión arterial y sus familiares (hijos, esposos, nietos, etc.) Donde se les controla la PA al inicio y al término, de presentar alguna alteración es medicado con fármacos y reevaluado, donde se decide si participa o no en las actividades.

5.1.3. Bailes.

La actividad física de bailar equivale al consumo de 190 calorías, equivalente actividades como caminar, bicicleta, aeróbicos, etc. Observamos que los ancianos se cansan constantemente, por lo general

descansan en los intermedios de las melodías, algunos esperan que transcurran dos o tres melodías para volver a empezar. Pero lo importantes es que liberan tensiones, se divierten, relajan y realizan actividad física que ayuda al control de su peso. Donde en cada sesión se les controla la PA al inicio y al término.

Aportes que brinda:

- Activar los músculos y trabaja las articulaciones y eleva el ánimo. Es una forma excelente de mover el cuerpo, sin darse cuenta que estamos haciendo ejercicio y descubrir los beneficios que aporta a nuestro estado anímico. La experiencia de aprender a movernos y dejarnos llevar por la música, la sensación de bienestar que producen tener el cuerpo y la mente ocupados en una misma actividad, son elementos que nos ayudan a mantenernos sanos e incluso, favorecen la pérdida de peso
- Saludable diversión. Está demostrado que las personas que realizan ejercicios sufren menos problemas de salud por lo contrario ser sedentario resulta perjudicial y puede ocasionar obesidad, osteoporosis, problemas de corazón, tensión alta, al tiempo que nos hace caer en estado de tristeza y dejadez
- Convertirlo en un hábito. Todos hemos bailado alguna vez, pero para mucha gente es algo fuera de lo común que se hacen contadas veces. Al convertirlo en un hábito, se consigue que nuestro cuerpo y mente noten todos sus beneficios, dedicar algunas horas a la semana a este sano ejercicio; se notara al seguir al ritmo la concentración es completa, la energía fluirá fácilmente, se sentirán muy relajado, a gusto y repleto de vitalidad.
- ¿Por qué es tan sano? La práctica regular del baile, lejos de convertirnos en expertos bailarines , nos proporciona una serie de beneficios que después repercutirán en una mejorías de la salud:
 - Al mover y levantar las piernas, se activa y mejora la circulación de la sangre al corazón

- Al bailar ayuda a mantener en forma los reflejos.
- Hace la respiración sea mas beneficiosa ya que fortalecen los pulmones.
- Todo ejercicio regula la PA.
- Fortalece los músculos y los huesos, disminuyendo al riesgo de padecer osteoporosis.
- Mejora la flexibilidad de todas las articulaciones.
- Contribuye a conciliar el sueño con mayor facilidad.
- Mantiene el cerebro en forma, pues se requiere concentración durante el tiempo que dura el tema.
- Trabaja la coordinación y la memoria visual, porque hay que evitar perder el ritmo de la música.
- Mientras bailamos, estamos pendientes de seguir el ritmo y conseguimos olvidarnos por un tiempo de los problemas.
- El baile aumenta la energía vital.
- Frecuencia: 2 veces por mes (cada 15 días según programación)

Como se representó anteriormente, el baile posee un 56.4 % de aceptación, que representa a 22 pacientes del club de hipertensión.

5.1.4. Paseos.

Los paseos más que una actividad física es una actividad recreativa en donde se viven experiencias que motivan al paciente a seguir asistiendo al club, el cual es esperado con muchas ansias. Participan los integrantes y sus familiares, con un estricto control médico. Para esto esta planificado dos paseos anuales uno de verano y otro en estaciones de otoño.

Donde en cada paseo se les controla la PA al inicio y al término, de presentar alguna alteración es medicado con fármacos y reevaluado.

5.2. Efectos en la HTA.

El baile, las caminatas y todos los diferentes tipos de ejercicios que realizan los pacientes del club de hipertensión, producen efectos beneficiosos para su salud física y mental, porque proporciona una reducción del colesterol, elimina sustancias tóxicas del cuerpo, controla el peso y sobre todo ayuda a tener una vida más tranquila, sin estrés,

CAPITULO VI

6. REUNIONES FESTIVAS Y SU INCIDENCIA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.

6.1. Motivos de reunión:

En el club de hipertensión arterial se realizan actividades festivas en las cuales se celebra días como: día del padre, día de la madre, cumpleaños, aniversario del club, navidad y la clausura anual.

6. 1.1. Cumpleaños.

Los cumpleaños son celebrados como modo de fraternidad con cada integrante, se realizan cada 3 meses. Se realiza con la colaboración de cada integrante que aporta para el compartir con bocaditos, bebidas, etc.

En cada reunión de celebración de cumpleaños se realiza el procedimiento de medición de la PA, al inicio, para así garantizar que esté controlada, y de haber algún caso con alteración será medicado y reevaluado.

6. 1.2. Navidad.

Para la celebración de la navidad se realiza un almuerzo para compartir con cada integrante y los colaboradores del club, donde se realiza un intercambio de regalos, bailan y se divierten.

Como toda actividad realizada en el club al inicio se registra la PA.

6. 1.3. Día de la madre.

Para la celebración del día de la madre se realiza un compartir con la colaboración de cada integrante, donde se realiza un la elección de la madre del año y sorteo de canastas con el aporte de cada integrante con víveres, al inicio se registra la PA.

6. 1.4. Día del padre

Para la celebración del día del padre se realiza un compartir con la colaboración de cada integrante, donde se realiza un la elección de la padre del año, y sorteo de presentes regalos. Al inicio y al término se registra la presión arterial.

6. 1.5. Aniversario del Club.

Por el aniversario del club de hipertensión Arterial del Hospital Daniel A. Carrión, se celebra una misa en la capilla del hospital, seguido de una ceremonia con la participación de las autoridades del hospital y club, posterior a esto se ofrece un almuerzo y sorteo de premios.

Cuadro N° 22: ¿Qué efectos generan en los hipertensos las actividades festivas?

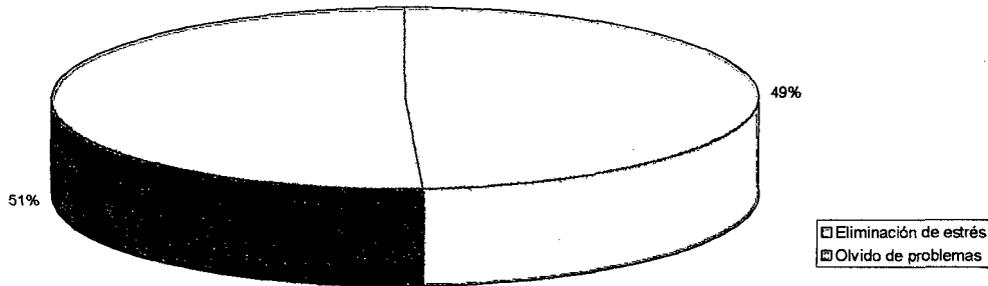
Efectos de las Reuniones festivas	Cantidad	Porcentaje
Eliminación de estrés	27	69.2
Olvido de problemas	28	71.8

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Los efectos que generan en los hipertensos, las actividades festivas son el olvido de los problemas con un 71.8% y la eliminación del estrés con un 69.2%

GRÁFICO N° 22

Efectos que generan en el hipertenso las actividades festivas



6.2. La presión arterial antes y después de la actividad festiva.

Las reuniones festivas programadas por el servicio de cardiología, generaron efectos positivos: el control de la presión, entusiasmo, emoción en la espera de las fechas programadas, el compartir con sus compañeros, produciendo olvido momentáneo de sus problemas sentir bienestar.

Según el control de la PA que se realiza antes de las reuniones festivas las cifras encontradas son semejantes a las controladas después de las reuniones, **PA antes 130/80 y 120/80 y PA a término de las actividades festivas 130/80 y 120/80; se considera que dichas reuniones no alteran las cifras de la PA.**

CAPITULO VII

7. SUPRESIÓN DE DROGAS LICITAS PARA MEJORAR EL ESTILO DE VIDA

7.1. Tabaco

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes, si bien su vinculación con la aparición de HTA no ha sido demostrada. La vasoconstricción es particularmente importante en las arterias coronarias epicárdicas y provoca caída del flujo coronario. Disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos, lo que facilita la acumulación intravascular de colesterol. La supresión de este tiende a un efecto directo sobre la aumento del HDL-colesterol y disminución del colesterol total y provee protección coronaria.

7.2. Café

Por su contenido en cafeína, estimula muy fuerte, produce un aumento de la presión arterial, al suprimir el consumo de café disminuimos riesgo de aumentar la presión. A demás evitamos contraer gastritis o taquicardia.

7.3. Bebidas cafeinadas

Consideramos el consumo de bebidas cafeínas, o refrescos como gaseosas o refrescos que contienen en su composición a la cafeína. Al suprimir o disminuir su consumo aumentamos las posibilidades de evitar aumentos de la presión arterial,

7.4. Alcohol

Los pacientes tienen hábito de consumo de alcohol, ellos son concientes que afecta su PA, pero como tienen el hábito desde hace muchos años, no es posible abandonarlo con facilidad, por eso, se recomienda un consumo moderado hasta su eliminación definitiva. Contribuye con un mayor efecto en la disminución de presión arterial y en la protección coronaria.

7.5. Drogas predominantes consumidas.

Cuadro N° 23: Están dispuestos a dejar de consumir

Drogas licitas	Cantidad	Porcentaje
Tabaco	10	25.6
Café	24	61.5
Té	19	48.7
Gaseosas	22	56.4
Cerveza	18	46.2
Vino	17	43.6
Aguardiente	12	30.1
Pisco	12	30.1

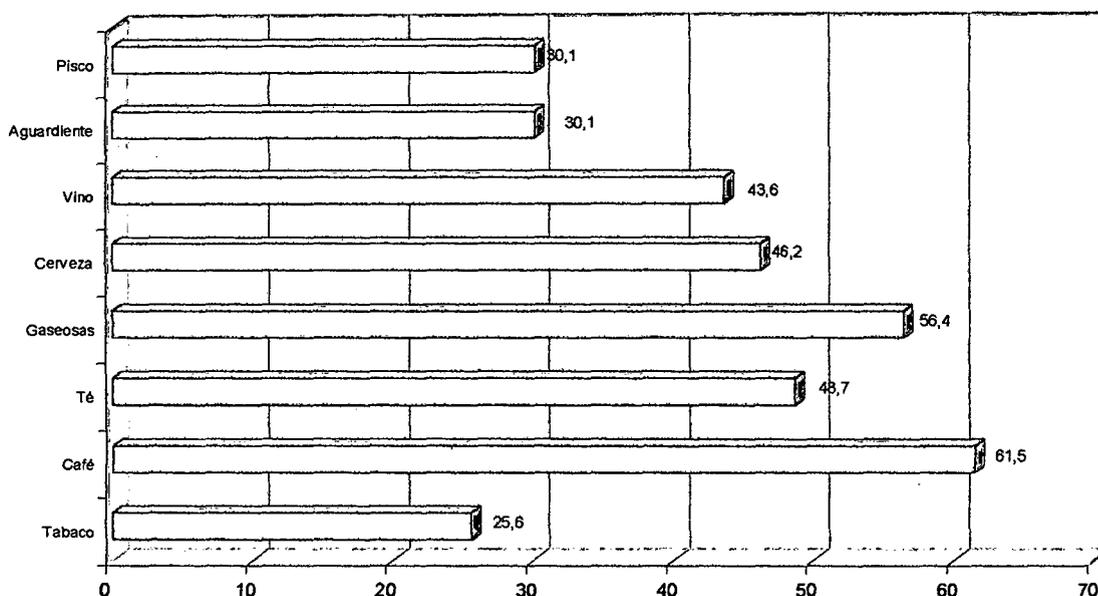
FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

Dentro de las bebidas que el paciente del club de hipertensión está dispuesto a dejar de consumir se encuentra el café con un 61.5%, seguido de las gaseosas con un 56.4%.

GRÁFICO N° 23

ESTÁN DISPUESTOS A DEJAR DE CONSUMIR

Estan dispuestos a dejar de consumir (%)



CAPITULO VIII

8. AUTOCONTROL DEL ESTRÉS EN FUNCIÓN A UN NUEVO ESTILO DE VIDA.

8.1. Técnicas Psicológicas de:

8.1.1. Relajación.

Unos de los usos más frecuentes de las técnicas de relajación son aquellos aplicados en la HTA; la mayoría de los estudios parecen mostrar que mediante este entrenamiento se han conseguido reducciones significativas de la PA al menos estadísticamente, tanto sistólica como diastólica, en pacientes hipertensos. Además, se observa que este procedimiento en combinación con otras técnicas, constituye una alternativa prometedora en el tratamiento de dicho trastorno.

Los procedimientos en el entrenamiento de relajación han sido también aplicados en los paquetes terapéuticos más variados, pretendiendo intervenir sobre los componentes fisiológicos, cognitivos y temperamentales.

Históricamente, los métodos indirectos que se han utilizado han sido las técnicas de control de la activación como la relajación progresiva o diferencial de Jacobson (1939), el *entrenamiento autógeno de Schultz*, con instrucciones de autosugestión de calor, pasividad y total relajación (Klumdieb y Eberhardt, 1966) y la *relajación hipnótica* (Friedman y Taub, 1978).

La relajación puede ser abordada mediante varias técnicas de desactivación psicofisiológica, pero la más utilizada, en sus procedimientos abreviados, ha sido la *relajación progresiva o diferencial de Jacobson*. Alternativamente, se podría entrenar a los sujetos en control de la respiración (lo cual en grupo de 15-20 minutos) con tablas de ciclos

de inspiración/retención/expulsión del aire, reduciendo de este modo también la activación fisiológica.

En resumen, aunque nosotros prefiramos utilizar la primera (*relajación de Jacobson*), todas las técnicas comparten un objetivo común, reducir la actividad, especialmente de la tensión muscular (tendríamos que matizar los beneficios psicofisiológicos que ello proporciona) y cobran especial sentido por sus menores requerimientos instrumentales; su utilización se puede realizar conjuntamente con otras técnicas

8.1.2. Apoyo Emocional.

La motivación juega un rol relevante en este modelo, ya que tiene una doble dimensión: el estado psicológico de disposición para realizar acciones específicas y la creencia que un curso particular de acción será beneficiosa en la reducción de la amenaza.

El paciente hipertenso se siente motivado, acepta las direcciones del personal de salud y manifiesta su intención de adherirse al programa, cuando percibe que la consejería personalizada en un tratamiento seguro, sin efectos secundarios, sin costo agregado, de fácil acceso y que se vislumbra eficaz al disminuir la sintomatología presentada, así como también reducir la probabilidad de complicaciones asociadas como accidente cerebro vascular, cardiopatía coronaria y mantener cifras tensionales en rangos normales o cercanos a la normalidad.

Durante las sesiones de Consejería Personalizada donde se trata a la persona en forma integral y no sólo a su enfermedad, se refuerza al paciente en forma positiva cuando ha emitido durante un tiempo conductas esperadas propuestas conjuntamente en sesiones anteriores. Estos refuerzos hacen que la persona repita las conductas que queremos lograr como una consecuencia de haber recibido los refuerzos pasados. Decimos entonces que la persona está motivada ya que el paciente se

encuentra en un estado de disposición para realizar acciones específicas que esperamos que él logre.

Cuadro Nº 24 EFECTOS PSICOLOGICOS AL ENTERARSE, HTA.

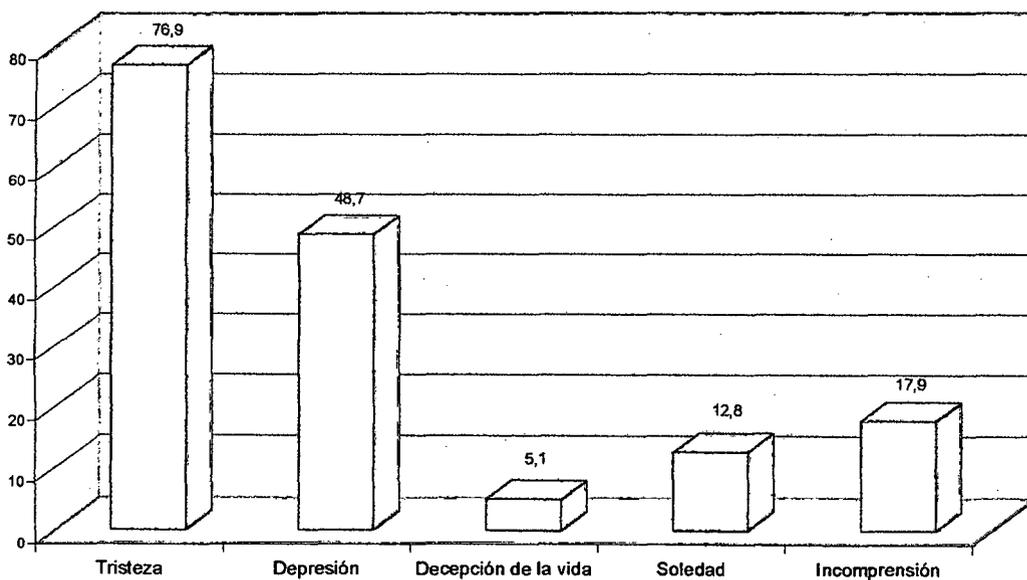
Efectos psicológicos	Cantidad	Porcentaje
Tristeza	30	76.9
Depresión	19	48.7
Decepción de la vida	2	5.1
Soledad	5	12.8
Incomprensión	7	17.9

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El principal efecto psicológico que generó en el paciente del club de hipertensos fue la tristeza con un 76.9%, seguida de la depresión con un 48.7%.

GRÁFICO Nº 24

EFECTOS PSICOLOGICOS AL ENTERARSE DE HTA



8.1.3. Consejería.

Durante las sesiones de Consejería Personalizada donde se trata a la persona en forma integral y no sólo a su enfermedad, se refuerza al paciente en forma positiva cuando ha emitido durante un tiempo conductas esperadas propuestas conjuntamente en sesiones anteriores. Estos refuerzos hacen que la persona repita las conductas que queremos lograr como una consecuencia de haber recibido los refuerzos pasados. Decimos entonces que la persona está motivada ya que el paciente se encuentra en un estado de disposición para realizar acciones específicas que esperamos que él logre.

El paciente parte motivado por las perspectivas que le ofrece la Consejería Personalizada de reducir la amenaza y permanece continuamente motivado por el refuerzo positivo ante conductas esperadas; lo que trae como consecuencia una mayor probabilidad de adherencia al programa y de lograr cambios conductuales esperados; evidenciándose en una reducción de cifras tensionales sistólicas y diastólicas y el aumento de su autoestima.

A medida que aumenta la autoestima del paciente y reduce sus cifras tensionales, estos actúan a su vez como refuerzos positivos, lo que hace que el paciente presente una mejor disposición psicológica a actuar y una mayor probabilidad de que repita las conductas esperadas y que éstas permanezcan en el tiempo.

8.1.4. Terapia Grupal.

Los grupos para terapia conformados de 8 personas los cuales se logran integración y trabajan mutuamente, logrando mayor compañerismo entre ellos, desarrollando las competencias programadas, el saber escuchar a su compañero, y el monitor (psicólogo) ayudará a disipar sus temores.

8. 2. Resultados significativos con relación a la presión arterial.

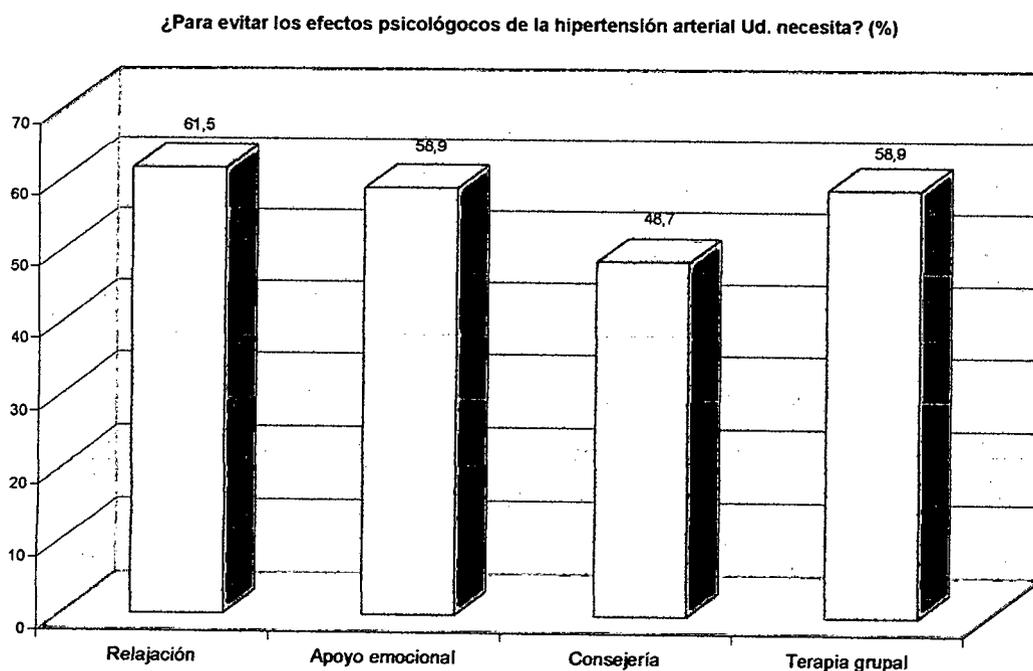
Cuadro N° 25: Evitar los efectos psicológicos de la HTA

Técnicas	Cantidad	Porcentaje
Relajación	24	61.5
Apoyo emocional	23	58.9
Consejería	19	48.7
Terapia grupal	23	58.9

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El 61.5% de los miembros del club de hipertensos considera que la relajación permite evitar los efectos psicológicos de la hipertensión, el 58.9% considera que el apoyo emocional y la terapia grupal también permiten lograr este fin.

GRÁFICO N° 25



CAPITULO IX

9. ADECUADO CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

9.1. Para el paciente:

9.1.1. Normo tenso 120/80

Se dice que de la persona tiene tensión sanguínea normal. Cuando la PA es normal, el rango es de 120 /80. Esto significa que el corazón ejerce una presión máxima de 120 mm Hg durante la sístole a la fase de bombeo y que el corazón en reposo, en fase diastólica o de relleno, tiene una presión de 80 mm Hg (la presión del corazón es la misma que de todas las arterias del organismo)

9.1.2. Sin falla renal ni diabético 140/90

La función renal es normal en la mayoría de los pacientes con HTA Primaria, cuya PA es 140/90, esto puede ocurrir sin causa previa conocida HTA esencial o como resultado de otra enfermedad.

9.1.3. Con falla renal 125/75

A medida que la función renal se deteriora la hipertensión se vuelve más prevalente y alrededor del 85% de aquellos con enfermedad renal, la presión tiende a elevarse. A medida que la función renal se pierde, principalmente por la incapacidad de los riñones dañados para excretar sodio y agua, en algunos la hipersecreción de renina es la responsable y puede estar involucrada la ausencia de hormonas vasopresoras renales normales o paciente hipertenso con creatinina aumentada, se puede lograr el control por medio de reducción en el volumen de líquidos por restricción de sodio en la dieta.

- Dosis de diureticos de Assa
- Diálisis.

9.1.4. Diabético 130/80

La HTA empeora y acelera el daño que la diabetes ejerce sobre las arterias, lo que da lugar a que las personas hipertensas y diabéticas sufran con mayor frecuencia que las que únicamente padecen diabetes y mucho más que las sanas, infarto de miocardio, insuficiencia renal, accidentes vasculares cerebrales (trombosis), enfermedad vascular periférica, etc., que incluso puede llegar a ocasionar la muerte del paciente.

Hay que decir que las consecuencias de la diabetes al igual que ocurre con otras enfermedades metabólicas y de la hipertensión pueden ser evitadas o al menos muy atenuadas si se consigue un buen control de la enfermedad. De esta manera conseguimos evitar, retrasar o por lo menos atenuar las complicaciones de las enfermedades y en definitiva, tener una buena calidad de vida presente y futura.

9.1. 5. Con falla renal y diabético 150/100

La HTA, o tensión alta, es un factor importante en la aparición de problemas renales en personas diabéticas. Tanto los antecedentes familiares de hipertensión como su presencia misma parecen aumentar las probabilidades de que el paciente presente una enfermedad renal. La hipertensión también acelera la evolución de la enfermedad renal cuando ya está presente.¹⁷

En el pasado, la hipertensión se definía como una tensión arterial sistólica, o máxima, superior a 150 mmHg y diastólica, o mínima, superior 90 mmHg (150/90 mmHg). Sin embargo, desde 1997, se recomienda que las personas con diabetes mantengan una tensión arterial inferior a 130/85 mmHg y que las que sufren insuficiencia renal (proteinuria mayor de 1 g/24 h) la mantengan por debajo de 125/75 mmHg.

¹⁷ Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., Volumen 23 - N° 3 - Septiembre 2003, Pág. 115-116

La hipertensión se puede considerar no sólo como una causa de la enfermedad renal sino como resultado del daño ocasionado por la misma. A medida que la enfermedad renal avanza, los cambios físicos de los riñones provocan un aumento de la tensión arterial. De esta manera se crea una espiral peligrosa, en la que se combinan la hipertensión y los factores que la producen. La detección y el tratamiento precoces de la hipertensión, incluso de los casos leves, son de suma importancia para las personas con diabetes.

En la clasificación que propone la JNC 7 (Tabla II) se detalla el estado de prehipertensión, en el cual se alentará al paciente a modificar su estilo de vida mediante tratamiento no farmacológico y cambio de hábitos. Clasifica en dos grados la hipertensión arterial y es más sencilla que la clasificación actual.

Clasificación PA	PAS mmHg	PAD mmHg	Modificar estilo de vida	Antihipertensivos
Normal	< 120	< 80	Siempre	
Prehipertensión	120-139	80-89	SI	NO
Grado I (HI)	140-159	90-99	SI	Tratar la mayoría Considerar IECA, BB, ARA, B Co o combinación
Grado II (HI)	> 160	> 100	SI	2 drogas de primera considerando diálisis

Cuadro 26: Clasificación de la hipertensión arterial JNC 7.

En un análisis de la progresión hacia hipertensión (sobre 140/90) en 9.845 participantes no hipertensos de la cohorte de Framingham, se definió que la presión normal óptima es menor de 120/80 mmHg; presión arterial normal 120-130/80-85; y normal alta 130-139/85-89 mmHg, es decir, todos los pacientes tenían normotensión. Los resultados (Tabla III) demuestran que de los pacientes que inicialmente tenían presión normal alta, 49,5% progresaron a hipertensión entre los 65 y los 94 años; incluso de los pacientes con presión arterial óptima, un porcentaje desarrolló hipertensión; al utilizar la clasificación de prehipertensión se podría evitar que estos pacientes desarrollen

hipertensión en el futuro, si se toman medidas antes de que tengan cifras de 140/90 mmHg.

Modificación de los estilos de vida (hábitos): Lo primero es lograr la disminución del peso, lo que no es fácil. No se trata de llegar al peso normal, ya que se ha demostrado que bajar cerca de cuatro kilos es suficiente para reducir en forma significativa la presión arterial. Con un índice de masa corporal (IMC) sobre 27,5 kg/m², aumenta la presión arterial, de modo que el ideal es mantener este índice entre 18,5 y 25 kg/m². Se recomienda adoptar una dieta tipo DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), la que se caracteriza por ser rica en vegetales, frutas, leche, fibra y cereales, reducida en grasas saturadas y colesterol, con un contenido moderado de sal, de alrededor de 3 gr de sodio al día, y de proteínas, de alrededor de 2000 calorías al día. Además, aporta cantidades adecuadas de potasio, calcio y magnesio y se ha demostrado que es más eficaz que una dieta sólo hiposódica.

Está claro que se debe disminuir la ingesta de sal y se ha demostrado que los pacientes se acostumbran a comer con poca sal después de 3 a 4 meses de dieta (2,4 gramos de sodio, 6 gramos de sal diarios). También se debe aumentar la actividad física con ejercicio aeróbico regular, como caminar 30 minutos diarios. Por último, se debe limitar el consumo de alcohol, que no produce hipertensión, pero causa resistencia al tratamiento. No se debe ingerir más de dos vasos diarios de cerveza, vino o whisky (720, 300 y 60 cc); las personas delgadas y las mujeres, un vaso diario.

9.2. Paciente predominante.

Los miembros del club de hipertensión arterial, antes de la terapia y de las orientaciones educativas, su PA oscilaba en 160/100, 180/100, 150/90. Actualmente, se ha controlado la PA y su rango fluctúa entre 140/90, 130/80.

CAPITULO X

10. TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA EL CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL.

10.1. Diuréticos:

En ausencia de otra enfermedad concomitante, y *junto con los betabloqueantes son los agentes de primera elección*, siendo especialmente útiles en la HTA volumen-dependiente con niveles bajos de renina. En general son bien tolerados y su efecto hipotensor se produce con dosis bajas, evitando con ello la aparición de efectos secundarios.

10.1.1. DIURÉTICOS (ASA)

Los diuréticos de asa pueden ejercer un efecto natriuréticos máximo de 20% de la carga filtrada, aproximadamente tres o cuatro veces más que los diuréticos tiazídicos, bloqueando la reabsorción de cloruro de sodio en la porción ascendente del asa de Henle. Deben alcanzar el líquido tubular para actuar. Por tanto cuando se reduce el flujo sanguíneo renal, se necesitan dosis mayores. Su entrada al túbulo puede estar bloqueada competitivamente por ácidos orgánicos y fármacos como el probenecid.

Los dos agentes mas ampliamente utilizados furosemida y bumetanida son de acción breve, su efecto dura de tres a seis horas. Se deben administrar de dos a tres veces al día para conservar la ligera disminución del volumen de plasma necesario para mantener baja la PA.

Los efectos secundarios son similares a los de la tiazidas, con excepción de la hipercalcemia. Provocarán cambios bioquímicas menos severas por su duración de acción más corta

10.1.2. Ahorradores de potasio

Hoy en día están disponibles tres agentes ahorradores de potasio, uno es un antagonista de aldosterona, los otros dos son inhibidores de secreción tubular de potasio. Son útiles para:

- Reducir el desperdicio de potasio inducido por tiazida.
- Tratar específicamente el hiperaldostronismo.

Los diuréticos ahorradores de potasio se usan comúnmente para ayudar a reducir la cantidad de agua en el cuerpo al aumentar el flujo de orina. A diferencia de algunos otros diuréticos, estos medicamentos no causan que su cuerpo pierda potasio.

Cuadro N° 27: CANTIDAD DE PACIENTES QUE TOMAN MEDICAMENTOS DIURÉTICOS

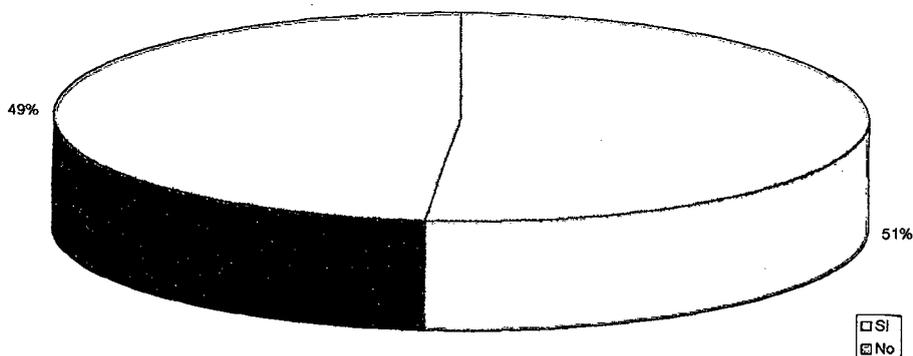
medicamentos diuréticos	Cantidad	Porcentaje
Si	20	51.3
No	19	48.7

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El 51.3% toma medicamentos diuréticos para la eliminación de líquidos producción disminución de la presión arterial.

GRÁFICO N° 26

MEDICAMENTOS DIURÉTICOS



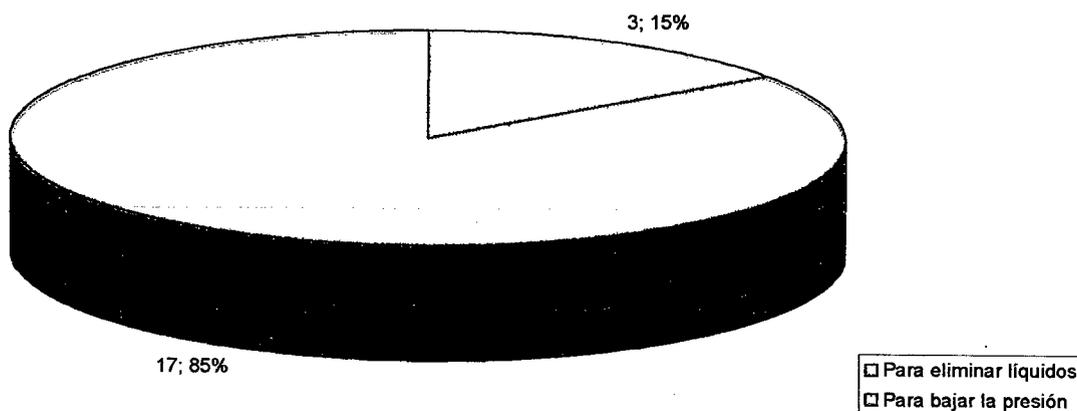
Cuadro N° 28: Efectos de medicamentos diurético

efecto	Cantidad	Porcentaje
Para eliminar líquidos	3	7.7
Para bajar la presión	17	43.6

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

El 43.6% considera que los medicamentos diuréticos permiten bajar la PA, mientras que el 7.7% considera que su principal función es la eliminación de líquidos

GRÁFICO N° 27



10.2. Inhibidores Adrenérgicos:

10.2.1. Periféricos

La segunda e importante de fármacos incluye aquellos que inhiben la actividad del sistema nervio adrenérgico. Algunos actúan como inhibidores competitivos de alfa-receptores, y otros, como bloqueadores de beta-receptores.

Se muestra que los agentes de acción periférica incluyen la reserpina, que actúa en el sistema nervioso central (SNC), así como en las neuronas periféricas. Estos fármacos están entre los antihipertensivos que se había utilizado durante mas tiempo pero ahora se utilizan mucho menos. La reserpina sigue siendo un fármaco eficaz. Generalmente seguro, económico, que se administra una vez al día, y que encuentra que funciona bien, particularmente en combinación con un diurético.

10.2.2. Antagonistas Centrales

Actúan como agonistas alfa receptores, principalmente en centros vasomotores dentro del cerebro disminuyendo así el flujo simpático del SNC. Como resultado, el gasto cardiaco disminuye ligeramente, pero el principal efecto hemodinámico es una baja en la resistencia vascular periférica.

Metildopa su principal uso actualmente es en el tratamiento de la HTA durante el embarazo, ya que la experiencia de mucho tiempo ha demostrado que no daña al feto.

La metildopa se convierte en alfa – metilnorepinefrina que actúa como un agonista (estimulante) de los alfa receptores centrales. Esto conduce a una disminución en la descarga de los centros vasomotores centrales, disminuyendo la actividad nerviosa simpática en todo el cuerpo. La dosis inicial no debe ser de más de 250 mg dos veces al día. +

Efectos secundarios. Sedación común y la boca seca, disminución de la agilidad mental.

10.2.3. Alfa –Bloqueadores

Estos medicamentos tienen una afinidad mucho más alta con los alfa-receptores post-simpáticos ubicados en las células del músculo vascular

liso que en los alfa receptores presinápticos ubicados en la membrana neuronal. El bloqueo de los alfa receptores inhibe la fijación de catecolaminas por parte de las células del músculo liso mitigando así la vasoconstricción e induciendo la vasodilatación periférica.

La dosis inicial de un alfa-bloqueador puede bajar excesivamente la PA. Sobre todo en aquellos que ya toman un diurético. Efectos secundarios en el SNC, tales como sedación o boca seca.

Se consideran fármacos de segunda línea por sus reacciones adversas. Dentro de este grupo de fármacos la doxazosina y la terazosina son mejor toleradas y presentan menos alteraciones metabólicas pudiendo producir incluso una disminución de triglicéridos y aumento de HDL-colesterol.

10.2.4. Beta – Bloqueadores

Junto con los diuréticos, se consideran fármacos de primera elección para el tratamiento de la HTA. Algunos de ellos a dosis bajas son más cardioselectivos; otros poseen mayor actividad simpática intrínseca (ISA), por lo que producen una menor disminución de la frecuencia cardíaca con una mejor tolerancia al esfuerzo, que puede ser útil en pacientes con una marcada actividad física. Son especialmente útiles en pacientes con cardiopatía isquémica.

10.3. Vasodilatadores:

Son también fármacos de segunda elección por sus efectos secundarios, y se reservan para el fallo terapéutico con otros agentes.

10.3.1. Bloqueadores de entrada de calcio

Ampliamente usados, con un buen perfil de eficacia/tolerancia, y que pueden ser de primera elección en determinadas situaciones como la coexistencia de cardiopatía isquémica, hiperlipemias (por su ausencia de

efectos en el metabolismo lipídico), diabetes, insuficiencia renal o arteriopatía periférica. Recientes publicaciones apuntan la posibilidad de que el amlodipino mejore la supervivencia en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica.

10.3.2. Enzima convertidora de Angiotensina.

Como el grupo anterior, son fármacos bien tolerados y muy efectivos, y pueden ser de primera elección en situaciones como HTA v&asculo renal (descartada estenosis bilateral de arterias renales, o unilateral sobre riñón único), diabetes mellitus o disfunción ventricular izquierda asociada. el principal efecto secundario que puede limitar su uso es la tos que presenta el paciente.

10.5 Antiagregantes plaquetarios.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, especialmente en las sociedades más desarrolladas económicamente. Sus principales manifestaciones son: el síndrome coronario agudo, la enfermedad cerebrovascular y la afectación de las arterias periféricas de brazos o piernas.

La trombosis (formación de trombos o coágulos de sangre en el interior de los vasos sanguíneos) juega un papel importante papel en las manifestaciones de las enfermedades cardiovasculares. La composición del trombo varía según sea el origen de la enfermedad y exista o no lesión vascular o alteraciones del flujo sanguíneo. En todos los casos, la prevención de la formación de trombos sanguíneos, ha demostrado ser de gran importancia en el tratamiento de las enfermedades citadas.

Los antiagregantes plaquetarios son un grupo de fármacos cuyo principal efecto es inhibir el funcionalismo de las plaquetas (un tipo de células de la sangre) evitando su agregación y la formación de trombos o coágulos en el interior de los vasos.

Aspirina está indicada en todos los cuadros clínicos donde se necesita un efecto antiagregante plaquetario. El ácido acetilsalicílico inhibe la ciclooxigenasa plaquetaria impidiendo la formación de tromboxano A2, con la consiguiente disminución de la capacidad de agregación de las plaquetas, también inhibe la síntesis en las paredes vasculares de prostaciclina (PGI2), que se caracteriza por su acción antiagregante y relajante del músculo liso pudiendo aumentar la coagulabilidad. Las dosis de ácido acetilsalicílico para producir estos efectos y la duración de los mismos son muy diferentes, las dosis bajas de ácido acetilsalicílico bloquean la ciclooxigenasa plaquetaria con lo que se alcanza un efecto antiagregante terapéuticamente eficaz, respetando la formación de prostaciclina a nivel vascular. Para la profilaxis antiagregante se aconseja, en adultos y jóvenes 01 comprimido diario después del almuerzo

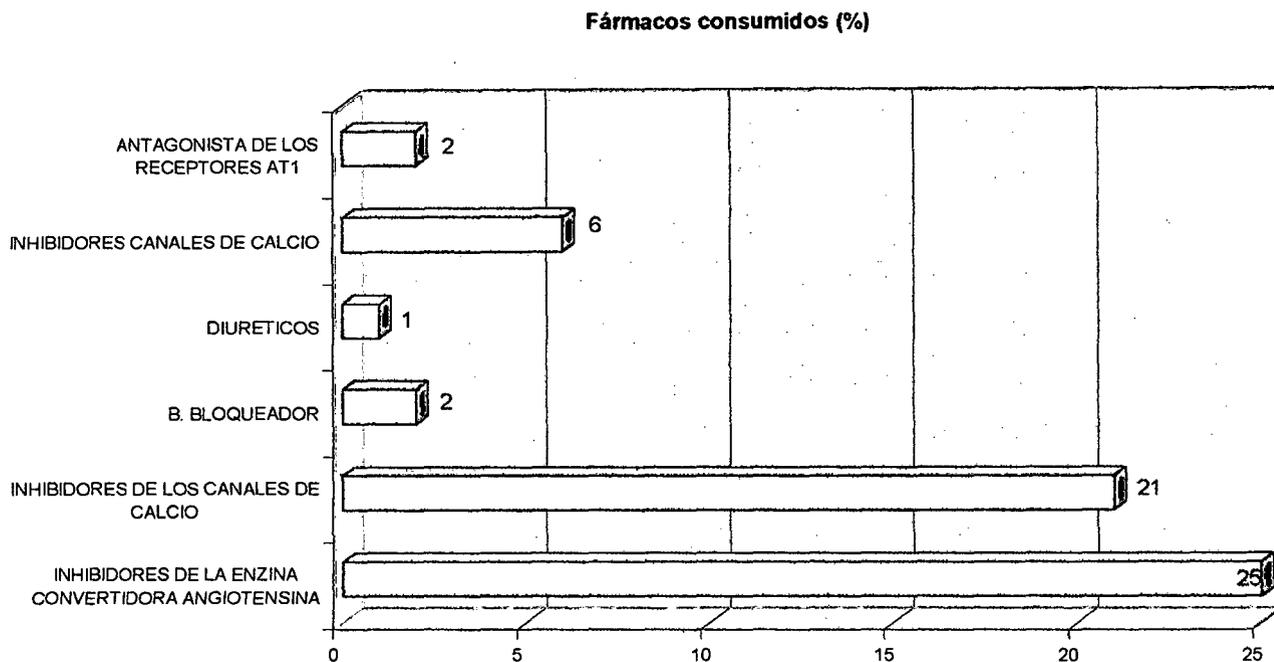
10.4. Análisis y discusión de resultados.

Cuadro N° 29: FÁRMACOS CONSUMIDOS POR LOS PACIENTES HIPERTENSOS

FÁRMACO	N	%
inhibidores de la enzima convertidora angiotensina	25	64.1
inhibidores de los canales de calcio	9	23.0
b. bloqueador	2	5.1
diuréticos	1	2.6
antagonista de los receptores at1	2	5.1
antiagregante plaquetario	11	28.2
ansiolítico	2	5.1
hipolipimiente	1	2.6
antidiabético	2	5.1

FUENTE: Encuesta para determinar estilos de vida de pacientes del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Mayo 2008

GRÁFICO N° 28



Los pacientes del club de hipertensión consumen un 64.1% inhibidores de la enzima convertidora angiotensina que representa a 25 personas, seguido de un 28.2% antiagregante plaquetario que representa a 11 personas, y en menor porcentaje con un 51 % ansiolíticos, antidiabéticos y betabloqueadores.

TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

En lo que se refiere al Análisis Estadístico, los datos fueron transformados en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas. El análisis de los datos se efectuó utilizando la base de datos creada en el programa estadístico SPSS (Programa Estadístico para las Ciencias Sociales). Para explorar la distribución y tendencias de los estilos de vida de los pacientes del Club de Hipertensos, tales como: constitución de la dieta alimenticia, consumo de bebidas alcohólicas, ejercicios; sí como el efecto de las charlas educativas, se realizó un análisis univariante.

Para el análisis de las presiones, antes y después de la incorporación al club de hipertensos, en primer lugar se evaluó si las presiones seguían distribución normal mediante la prueba de Kolgomorov Smirnov, concluyéndose en que no cumplían dicho requisito, por lo se opto por la prueba no paramétrica de Wilcoxon. La información procesada se presenta en tablas y gráficos. Se concluyo en diferencias significativas cuando se obtuvo un valor de p inferior a 0.05.

ASPECTOS ETICOS EN EL AREA DE SALUD

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión cuenta con un comité de Ética (CEI) teniendo un Manual de Procedimiento Operativo (POE) es un documento obligatorio para los investigadores , detalla las políticas y procedimiento que rigen la investigación con participantes humanos y los requisitos para presentar protocolos de investigación que serán revisados y posteriormente aprobados , Se basa en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont respeto por las personas, sostenido mediante la obtención del consentimiento Informado el cual fue aplicado a los pacientes en estudio, la consideración de la privacidad, la confiabilidad y las medidas de protección adicionales para las poblaciones vulnerables.

Los reglamentos del gobierno Peruano y de las instituciones más importantes son:

***Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú, Decreto Supremo 017-2006.SA, publicado el 29 de Julio del 2006.**

***Modificatoria al Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú, Decreto Supremo N° 006- 2007 –SA.**

*** ICH.**

*** CIOMS.**

*** Buenas Prácticas Clínicas**

Para la investigación se cumplió con lo establecido por el Comité de Ética, Se autorizo mediante el Memo N° 368-2007-OADI – HN. DAC - REF. EXP. N° 6384 -2007 / UTD. (Manifiesta que la Oficina de Apoyo a la Docencia ha revisado y el proyecto de Instigación de la profesional en mención, el cual ha sido Aprobado), dicho documento se encuentra en el expediente en la Sección de Post grado de la facultad de Ciencias Económicas.

CONCLUSIONES

1. El estrés es una de las causas principales que incrementa la hipertensión arterial. A base de técnicas de relajación, apoyo emocional, conserjería, y terapia grupal, el paciente se autocontrola con resultados positivos, disminución de la Hipertensión Arterial.
2. Las Actividades Educativas que realiza el Club HTA del Hospital Nacional Daniel A, Carrión desarrollan mejor conciencia del paciente para su autocuidado y mejorar su calidad de vida.
3. Los estilos de vida de los pacientes hipertensos del Club de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, sin el respectivo tratamiento agravaban las complicaciones de su enfermedad.
4. El nuevo estilo de vida de los pacientes con hipertensión arterial, se plasma en la disminución de consumo de alimentos que generan la enfermedad, y a su vez aquellos, que controlan la hipertensión arterial aplicando los cambios sugeridos durante el proceso de investigación
5. Las cifras de la presión arterial de los pacientes del Club de Hipertensión Arterial, están controladas como consecuencia de la aplicación del nuevo estilo de vida.
6. La actividad física, es un factor fundamental para el control de hipertensión arterial, cuya dinámica, esta en función a la edad del paciente.
7. Las reuniones festivas que realizan los pacientes con hipertensión arterial tienen gran incidencia en el control de la enfermedad.
8. Los pacientes con hipertensión arterial, han suprimido significativamente el consumo de drogas lícitas, logrando buenos estilos de vida que permite el mejor control de la hipertensión arterial.

9. Los pacientes que han sido sometidos al proceso de investigación, conocen y aplican un adecuado control de su presión arterial y la importancia del consumo de sus fármacos para el control de su enfermedad

RECOMENDACIONES

1. Adoptar La dieta DASH, logra disminuir la PAS en 8 a 14 mm Hg; la que se caracteriza por ser rica en vegetales, frutas, leche, fibra y cereales, reducida en grasas saturadas y colesterol, con un contenido moderado de sal, de alrededor de 3 gr. de sodio al día,
2. Disminución del consumo de sal, razón que los pacientes hipertensos son sensibles a la sal y siempre potencia la acción de los fármacos.
3. El paciente hipertenso debe realizar actividad física y moderar el consumo de alcohol.
4. Los pacientes con HTA, deben de modificar sus hábitos alimenticios .Lo primero es lograr la disminución del peso, lo que no es fácil. No se trata de llegar al peso normal, ya que se ha demostrado que bajar cerca de cuatro kilos es suficiente para reducir en forma significativa la presión arterial.
5. El personal de enfermería debe ser constantemente educar a los pacientes hipertensos en relación a su enfermedad y a la modificación de sus estilos de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. **AMAYA A. Adalberto. MD.** Maniobras de toma de presión arterial
Revista Tribuna Médica. Vol 102 N° 05
On line:
http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/Tribuna102n5invitado/art_invitado2.htm
2. **ASIN CARDIEL, Enrique, COSIN AGUILAR Juan y DEL RIO DEL BUSTO Alejandro.,** Guías de Actuación clínica en Cardiología. Dirigida a la atención primaria. Sociedad Española de Cardiología. España 1997
3. **BARRETO, Xiomara, FERMÍN, Oscar.** Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" Caracas, diciembre de 2004 Online:
<http://www.monografias.com/trabajos24/profesional-enfermeria/profesional-enfermeria.shtml>
3. **BRAUNWALD E. H y HOLLENBERG, N.K.,** Atlas de Hipertensión. 4ta Edición. Latin Comm S.A. Argentina. 2003
4. **BRAUNWALD E. H.:** Principios de Medicina Interna, Tomo I. México, edt. Interamericana, 11va edición, 1989.
5. **BERNE R.M.; LEVY M.N.** Principles of Physiology. Missouri: Mosby-Year Book, 2da ed. 1996.
6. **CORDIES Jackson, L. et. al.** Hipertensión Arterial: Definiciones y clasificaciones. La Habana: Editorial Ciencias, 1995.
7. **CHERRY DK y WOODWELL DA.** National Ambulatory Medical Care Survey. 2000 summary. Advance Data. Washington. 2002
8. **CHOBANIAN AV ET AL (2003).** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report.. JAMA 289: 2560-72. PMID 12748199.

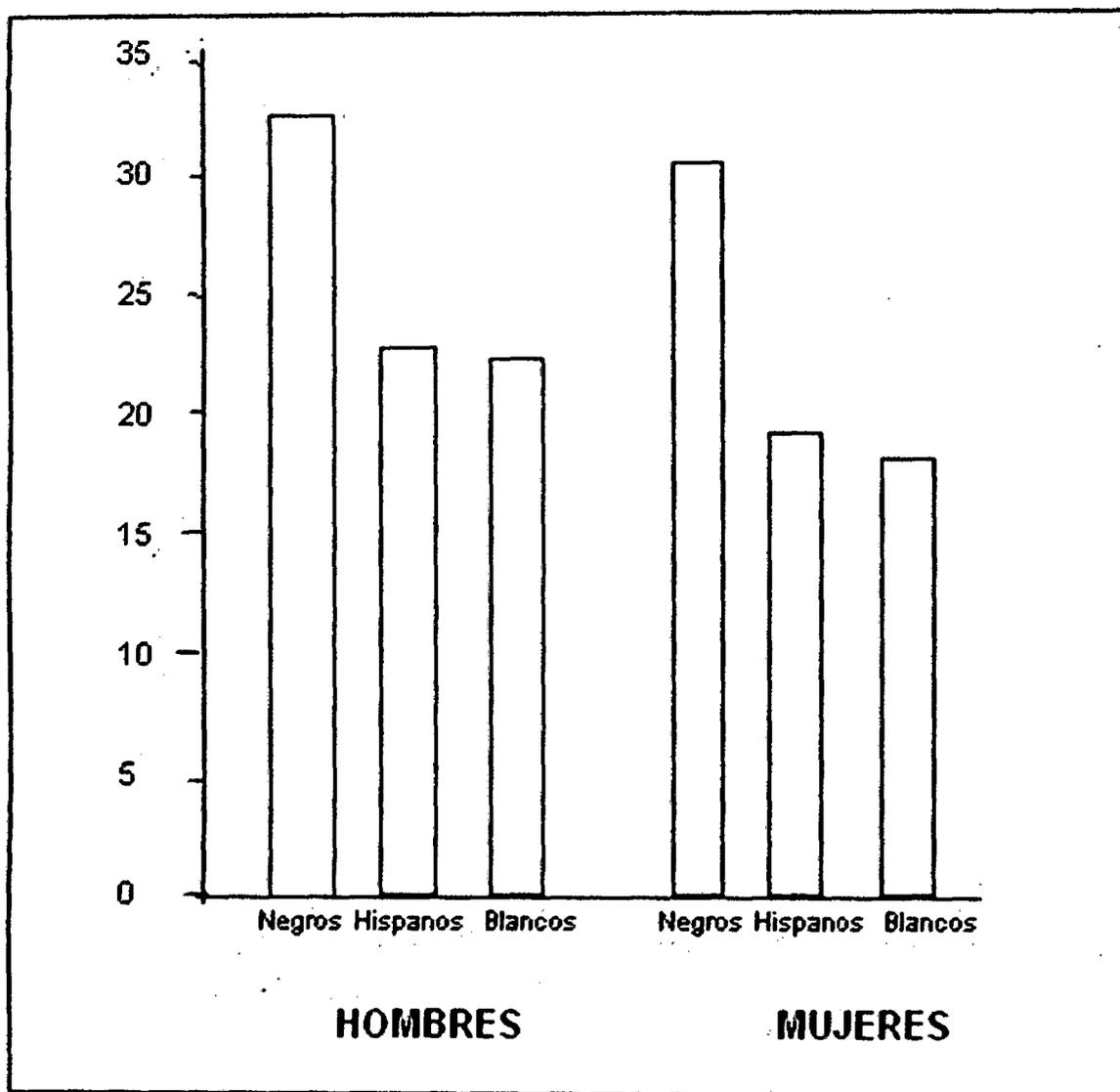
9. **DUEÑAS HERRERA, A:** Hipertensión Arterial. Su control en el nivel primario de salud. Rev. Cub Med Gen Int. 8(3): P. 195-201, Feb-Sept 1992.
10. **GAYTON A.C.:** Tratado de Fisiología Médica. Nueva York, Editorial Interamericana, 8va. Edición. 1992.
11. **GANONG W.F.:** Fisiología Médica. México. Editorial El Manual Moderno. 13ra ed. 1990.
12. **GOODMAN GILMAN, A. ET.AL.** Las bases farmacológicas de la terapéutica. México Editorial Panamericana, 8va edición, 1991.
13. **GUADALAJARA BOO, José F.** Programa nacional de actualización y desarrollo académico para el medico general. Primera Edición 1996 PAC. Libro 1, Parte A. Impreso en México Pag. 8, 12
14. **JOURNAL OF HYPERTENSION** Guías del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la hipertensión arterial 2003; 21: 1011-1053
Online: <http://www.samfyc.es/portal/modules.php?name=guia2003>
15. **KAPLAN, NORMAN M., M.D.** Manejo de hipertensión arterial 5ta Edición. Dallas Texas. EEUU.1995.
16. **KAREN Carlos.** Técnicas de enseñanza. México. Online:
<http://usuarios.lycos.es/carloskareem/tecnicas.htm>
17. **LEPORÍ Luis Raúl.,** Miniatlas Cardiometabólico 1era Ed. ECSA. Argentina 2003 Pág.208
18. **LIP GYH y PICKERING TG.** Actualidad en Hipertensión. Editorial Science Press Ltd. Londres 2003 Pág. 127
19. **MARVIN MOSER, MD.** Tratamiento clínico de la Hipertensión. 5ta Edición. Editorial Profesional Communications. nc.2002
20. **MAXWELL MH, FRISHMAN WH, KONG BW.** Consideraciones sobre la calidad de vida en relación al tratamiento antihipertensivo de primera línea Cardiovascular Rev. 1995;

21. **MYRON H. WEINBERGER, MD.** Conceptos actuales en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión. Facultad de Medicina de la Universidad de Indiana. Indianapolis, EEUU. 2004
22. **OPS/OMS. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIO.** Manual de normas operativas para un programa de control en los diferentes niveles de atención. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de salud, 1990.
23. **PARRA CARILLO JZ.** La consulta de 10 minutos: Riesgo Cardiovascular. Novastor. Cedilla Publishing Limited. 2007
24. **PÉREZ MORENO Roberto** Hipertensión arterial. On Line:
<http://www.monografias.com>.
25. **ROSENSTEIN STER, E.,** Diccionario de especialidades farmacéuticas en cardiología. Primera Edición. Editorial PLM. Perú 2001. Pág. 328
26. **TAMAYO ROJAS Jefferi Carolina.** Hipertensión arterial plan de atención de enfermería. Universidad de caldas. Manizales. Colombia. 2005
27. **TECNOLOGÍA EDUCATIVA 2007 ORIENTACIONES GENERALES PARA LOS ESTUDIANTES: Charlas.** On line:
<http://www.16deabril.sld.cu/apuntes/charlas/com/trabajos10/confind/confind.shtml#EPIDE>
28. **THE SEVENTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE-** The JNC 7 Report American Medical Association JAMA, May 21, 2003-Vol 289, N°19.
29. **TORRES BARDALES, C.** Metodología de la Investigación. Lima. Editorial Libros y Publicaciones, 9na Edición, 2007.
30. **VICENT ARNAU, Josep.** Frutas y minerales contra la hipertensión Online:
<http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=648>

31. **WYNGAARDEN, J.B.; SMITH, LL. H.; BENNETT, J.C.: CECIL.** Tratado de Medicina Interna. Tomo I. México, Editorial Interamericana, 19 edición, 1994.
32. **WINGARDEN J. B. Cecil.** Tratado de Medicina Interna. México.: Nueva Editorial Interamericana, 19 edición, 1994.

ANEXOS

ANEXO N° 1



Epidemiología según Weinberger, H. Myron. Conceptos actuales en el diagnóstico y el tratamiento de Hipertensión 2004 (9)

ANEXO N° 2

Factores que modifican la presión arterial

Estudios realizados en 1949 (Framingham) y en 1998 (Intersalt) identificaron diversos factores que aumentan o disminuyen la presión arterial.

Modificación de la presión arterial	
Factores	Efecto
Sobrepeso El 10% de aumento de peso relativo	Aumenta en 7 mm Hg
Bebidas alcohólicas El consumo de 90 ml (3 copas)	Aumenta en 3 mm Hg
Sodio El consumo inferior a 100 meq/día (2300 mg de Na)	Disminuye en 2,2 mm Hg
Relación sodio/ potasio (Na / K) Un consumo bajo de sodio y alto de potasio	Disminuye en 3,4 mm Hg
Dieta específica Un plan nutricional restringido en calorías, bajo en sodio y con un aporte suficiente de potasio, acorde con cada individuo.	Disminuye en 6 mm Hg

Fuente: **Alicia Crocco**. Hipertensión arterial.
<http://www.monografias.com/trabajos29/hipertension-arterial/hipertension-arterial.shtml>

ANEXO Nº 3: Cantidad de sodio permitida

La tabla muestra qué alimentos cubren las dosis correspondientes a los distintos grados de hipertensión.

Cantidad diaria de sodio según el grado de hipertensión				
Grado de hipertensión Cantidad de sodio	Sal de cocina	Sal de mesa	Alimentos naturales	Alimentos salados
Severa menos de 200 mg de Na	No	No	Cereales y harinas, fideos secos, vegetales "C" Panificados sin sal y con levadura Frutas frescas Azúcar, dulces caseros y miel Dulces compactos Infusiones naturales Aguas mineralizadas Aceites	<u>No</u>
Intermedia 250 a 500 mg de Na	No	No	Todos los alimentos anteriores. Se suman leche y carnes (cantidades pequeñas), vegetales "A" y "B" (no: acelga, apio, escarola, espinaca, remolacha)	No
Estricta 500 a 1000 mg de Na	<u>No</u>	No	Todos los alimentos anteriores. Aumentan leche (1 taza) y carnes (1 porción mediana)	No
Cantidad diaria de sodio según el grado de hipertensión				
Grado de hipertensión Cantidad de sodio	Sal de cocina	Sal de mesa	Alimentos naturales	Alimentos salados
Moderada 1000 a 1500 mg de Na	No	No	Todos los alimentos anteriores. Se suman vegetales que contienen más Na (acelga, apio, escarola)	Se permite pan y/o galletitas saladas y 1 cucharada de queso rallado
Leve 1500 a 2000 mg de Na	<u>No</u>	Cantidades pesadas con precisión	Igual a lo anterior	Igual a lo anterior

Fuente: **Alicia Crocco**. Hipertensión arterial.

<http://www.monografias.com/trabajos29/hipertension-arterial/hipertension-arterial.shtml>

Anexos N°4

LISTA DE ALIMENTOS RICOS EN SODIO		
Alimentos	Cantidad	Contenido en sal
Alimentos para "picar"		
Patatas fritas	100 g	656 mg
Palomitas de maíz	100gr	365 mg
Avellanas saladas	100 g	780 mg
Pistachos salados	100 g	780 mg
Almendras saladas	100 g	780 mg
Cacahuetes salados	100 g	400 mg
Pipas	100 g	603 mg
Galletas	100 g	600 mg
Comidas en lata		
Sardinas	100 g	280 mg
Atún	100 g	310 mg
Tomate en conserva	100 g	420 mg
Espárragos escurridos sin enjuagar	100 g	240 mg
Sopa de pollo	100 g	386 mg
Maíz	100 g	335 mg
Condimentos		
Sal de mesa	1 cucharada de té	2300 mg
Sal de ajo	1 cucharada de té	2060 mg
Salsa de soja	1 cucharada de té	1032 mg
Bicarbonato de soja	1 cucharada de té	1260 mg
Productos cárnicos ahumados, curados o procesados		
Embutido	100 g	1235 mg
Salchichas de pavo	100 g	878 mg
Salmón ahumado	100 g	784 mg
Hamburguesa	100 g	561 mg
Leche y derivados		
Queso Cheddar	100 g	620 mg
Mozzarella	100 g	373 mg
Queso de cabra duro	100 g	346 mg
Mantequilla	100 g	286 mg
Margarina 40 % de grasa vegetal	100 g	959 mg
Cereales		
Kellocks Special K	100 g	935 mg
Corn flakes	100 g	900 mg
All-bran	100 g	112 mg

Fuente: Alimentos Desaconsejados en la dieta de la Hipertensión. On line:
<http://www.botanical-online.com/medicinalshipertensionalimentosdesaconsejados.htm>

ANEXO Nº 5

Para pacientes con hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca

El sodio que ingerimos en la alimentación habitual procede del contenido en el propio alimento, es el **sodio de constitución**; y el cloruro sódico (*sal común*) que añadimos en la mesa o en la cocina, es **sodio de adicción**.

En la alimentación habitual consumimos de 10 a 15 g de cloruro sódico (*sal común*) que equivalen a 3.900 a 5.900 mg de sodio. (1 g de cloruro sódico (*sal común*) = 390 mg de sodio).

Dieta hiposódica normal, estándar ó moderada

Contiene de 1.500 a 2.000 mg de sodio al día
(equivale a un máximo de 5 g de cloruro sódico (*sal común*) al día)



Alimentos desaconsejados:

- Sal de cocina y mesa, sal yodada, sal marina, sal de apio.
- Carnes saladas, ahumadas y curadas.
- Pescados ahumados y secados, caviar.
- Embutidos en general.
- Quesos en general (se permiten los tipos Burgos, Villalón).
- Pan y biscotes con sal (excepto cantidades menores de 50 g).
- Aceitunas.
- Sopa de sobre, purés instantáneos, cubitos, patatas chips.
- Zumos de hortalizas envasados.
- Frutos oleaginosos salados.
- Pastelería industrial.
- Mantequilla salada, margarina con sal.
- Agua con gas, bebidas gaseosas en general.
- Condimentos salados, mostazas, pepinillos, conservas en vinagre, kepchut, ablandadores de carne.
- Conservas en general.

Alimentos permitidos: (* los más aconsejados)

- Carnes, aves.
- Vísceras: lengua, riñones, hígado.
- Pescados frescos de agua dulce o de mar.
- Huevos.
- Leche, yogures, petit-suisse, cuajada, requesón.
- Queso sin sal.
- Pan y biscotes sin sal (hasta 50g se permite con sal).

- Harina, pastas alimenticias, cereales.
- Papa*, legumbres. Verduras, hortalizas (tomate crudo*).
- Fruta natural, en compota, zumos naturales (manzana*, naranja*, plátano*)
- Frutos secos sin sal.
- Mantequilla, margarina, nata, crema de leche, aceites vegetales, mayonesa sin sal.
- Azúcar, pastelería casera, helados caseros.
- Chocolate, cacao.
- Condimentos: pimienta, pimentón, azafrán, canela, mostaza sin sal, hierbas aromáticas.
- Bebidas alcohólicas excepto restricciones específicas.
- Agua natural o minerales de baja mineralización, sifón o gaseosa.

Recomendaciones generales

Para hacer más sabrosa la cocina "sin sal" es recomendable potenciar el sabor natural de los alimentos:

- Cociéndolos al vapor, la cocción simple con agua diluye el sabor de los alimentos.
- También en "papillote" (envuelto el alimento en papel de horno), estofados y guisados o a la plancha.
- Utilizando potenciadores de sabor como:
 1. Ácidos: vinagre, limón (los asados de carne roja o blanca con limón potencian el sabor de las mismas e incluso un filete a la plancha gana en sabor).
 2. Aliáceos: ajo, cebolla, cebolletas, puerros.
 3. Especias: pimienta, pimentón, curry, azafrán, canela, mostaza sin sal.
 4. Hierbas aromáticas: albahaca, hinojo, comino, estragón, laurel, menta, perejil, romero, tomillo...
- Utilizando aceite con sabor, como el de oliva. El vinagre y el aceite pueden ser aromatizados con finas hierbas, estragón, ajo...

Condimentos aconsejables:

- Ternera: clavo, pimienta, laurel, ajo.
- Aves: curry, salvia, estragón.
- Estofados: laurel, ajo, albahaca, orégano, tomillo.
- Verduras: nuez moscada, romero.

Aditivos desaconsejados (contienen sal):

- **Fosfato disódico** : cereales, quesos, mantecado, bebidas embotelladas.
- **Glutamato monosódico**: productos para incrementar el sabor, carnes, condimentos, pepinillos, sopas dulces, artículos de repostería.
- **Alginato sódico**: mantecados, batidos de chocolate.
- **Benzoato sódico**: zumos de frutas.
- **Hidróxido sódico**: guisantes en lata.
- **Propionato de sodio**: panes.
- **Sulfito de sodio**: frutas secas, preparados de verduras para sopa, ensalada.
- **Pectinato de sodio**: jarabes y recubrimiento para pasteles, mantecado,

- sorbetes, aderezos para ensalada, compotas y jaleas.
- **Caseinato de sodio:** mantecados y otros productos congelados.
 - **Bicarbonato de sodio:** levadura, sopa de tomate, harina, sorbetes y confituras.

Las espinacas tienen un contenido elevado en sodio, se pueden incluir siempre que el resto de los ingredientes del menú sean bajos en sal.

Cuidado con:

- Las confituras y frutas en almíbar (excepto elaboración casera).
- Medicamentos que contengan sodio en su fórmula (comprimidos efervescentes).

Fuente: María Carreira Miño

España online: <http://www.fisterra.com/Salud/2dietas/dietaSosa1.asp>

ANEXO N° 6: DIETA DASH

(Aproximadamente 2,000 calorías)

Para mejor resultado, escoge los alimentos de versiones de sodio bajo. Eviten la comida rápida y los alimentos congelados, empacados o enlatados, excepto aquellos marcados como bajo en sodio. ¡En otras palabras, para mantener el sodio bajo, cocínelo usted mismo! La mayoría de los alimentos y condimentos de botana tienen el sodio alto.

Los Alimentos y Porciones	Los Ejemplos de Una Porción
Los productos de grano 7 a 8 al día	1 rebanada de pan ½ taza de cereal seco ½ taza de arroz cocinado, pasta o cereal
Los vegetales 4 a 5 al día	1 taza de vegetales crudos con hojas ½ taza de vegetales crudos sin hojas ½ taza de vegetales cocidos ¾ taza de jugo de vegetal
Las frutas 4 a 5 al día	¾ taza de jugo de fruta 1 fruta mediana ½ taza de fruta fresca, congelada o enlatada ¼ taza fruta seca
Derivados de Leche sin grasa o con baja grasa 2 a 3 al día	1 taza de leche sin grasa o leche de 1% 1 taza de yogurt con baja grasa 1½ oz. queso sin grasa
Las carnes, aves de corral y pescado 2 o menos al día	3 oz. carne asada o al horno, pollo sin pellejo o mariscos
Las nueces, Semillas y frijoles 4 a 5 por semana	½ taza de frijoles cocinados 1/3 taza de nueces 2 cucharadas de semillas girasol
Las grasas añadidas, Aceites y la ensalada aderezo 2 a 3 al día	1 cucharada de aceite o margarina suave 1 cucharada de mayonesa regular 1 cucharadas de mayonesa baja en grasa 1 cucharadas de aderezo regular 2 cucharadas de aderezo claro
Las botanas y dulces 5 por semana	1 fruta mediana 1 taza de yogurt con baja grasa ½ taza yogurt congelado bajo en grasa ¾ taza los bizcoches secos 1 cucharada de jarabe de arce, azúcar, jalea, o mermelada

Fuente: Evanston Illinois Health & Human Services

Los ejercicios físicos terapéuticos seleccionados

Tienen como objetivo la rehabilitación de la hipertensión arterial, se realizaron con una sistematicidad de 3 frecuencias semanales, donde se tuvo el control para la dosificación de las cargas y prevenir accidentes traumáticos, agotamiento.

Sistema de ejercicios.

- Salto frontal
- Salto lateral
- Cuclillas
- Estiramiento de piernas
- Bicicleta
- Escalera
- Trote
- Ejercicios respiratorios

Al grupo de estudio se le aplicó la combinación de estos ejercicios físicos con la técnica de relajación (entrenamiento autógeno)

1.- A cada paciente se le realizaron 10 sesiones una vez por semana, tomándose la tensión arterial antes y después del tratamiento.

2.- Se elaboraron sugerencias que fueron dadas a los pacientes como autosugerencias que abarcan ideas positivas hacia el comportamiento, estados de ánimo,

3.- Con el objetivo de elevar la autoestima, se utilizan frases para relajar y aflojar los músculos en la casa, y expresiones donde se estimule al organismo con sensaciones agradables.

4.- La relajación se ofrece con una técnica psicoterapéutica donde se provocan en el organismo un beneficio psicofisiológico logrando mantenerlo en una posición cómoda, agradable con una mínima concentración de acuerdo con sus posibilidades y edad, Combinada con la respiración profunda.

Esta técnica se aplica al finalizar los ejercicios físicos, además refuerzan las sugerencias y se repasan en la casa

Antes de comenzar un ejercicio hay que tener en cuenta:

- La preparación psicológica.
- La preparación física anterior.
- El estado de salud general.

Hay dos tipos de ejercicio:

- **Aeróbicos** que son los que necesita el oxígeno para proporcionar la energía que precisa el músculo. Andar, nadar, bicicleta, correr... etc.
- **Anaeróbicos**, son los que no necesitan del oxígeno en su realización. Levantar pesas, etc. Incrementa la presión arterial tanto sistólica como diastólica y la frecuencia cardíaca, esta de manera menos acusada.

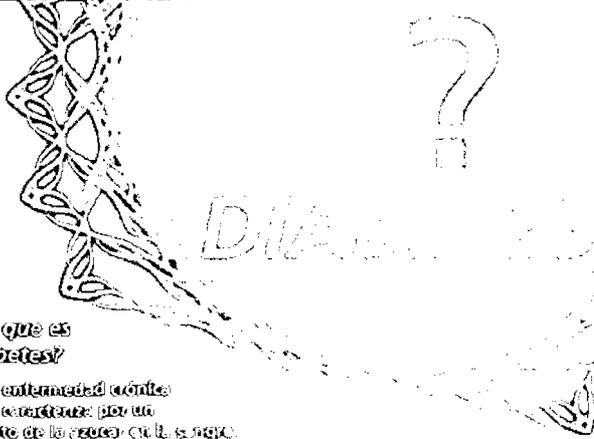
* Todo programa de ejercicio debe ir precedido de un periodo de calentamiento, de unos 5 a 10 minutos de duración, que incluya el estiramiento de los músculos que vayan a ser utilizados.

Una vez concluido el ejercicio hay que pasar a una fase de enfriamiento durante 5 minutos, con estiramientos suaves de los músculos utilizados durante el ejercicio.

ANEXO Nº 8

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA 2008 - CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HNDAC.		
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS, RECREATIVAS Y PROCEDIMIENTOS		
FRECUENCIA	2do SÁBADO	4to SÁBADO
REUNIONES	ENERO a DICIEMBRE	ENERO a DICIEMBRE
CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO	ENERO, JUNIO	ABRIL, OCTUBRE
CONTROL DE COLESTEROL TOTAL	AGOSTO	DICIEMBRE
ELECTROCARDIOGRAMA	FEBRERO, OCTUBRE	JUNIO,
EVALUACION Y REFRACC. FONDO DE OJO		SETIEMBRE
PASEOS	MARZO PLAYA SANTA ROSA	JULIO CHOSICA
CAMINATAS LA PUNTA	MAYO NOVIEMBRE	FEBRERO
CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL	ENERO a DICIEMBRE	ENERO a DICIEMBRE

DIABETES



¿Sabes que es la Diabetes?

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de la azúcar en la sangre.

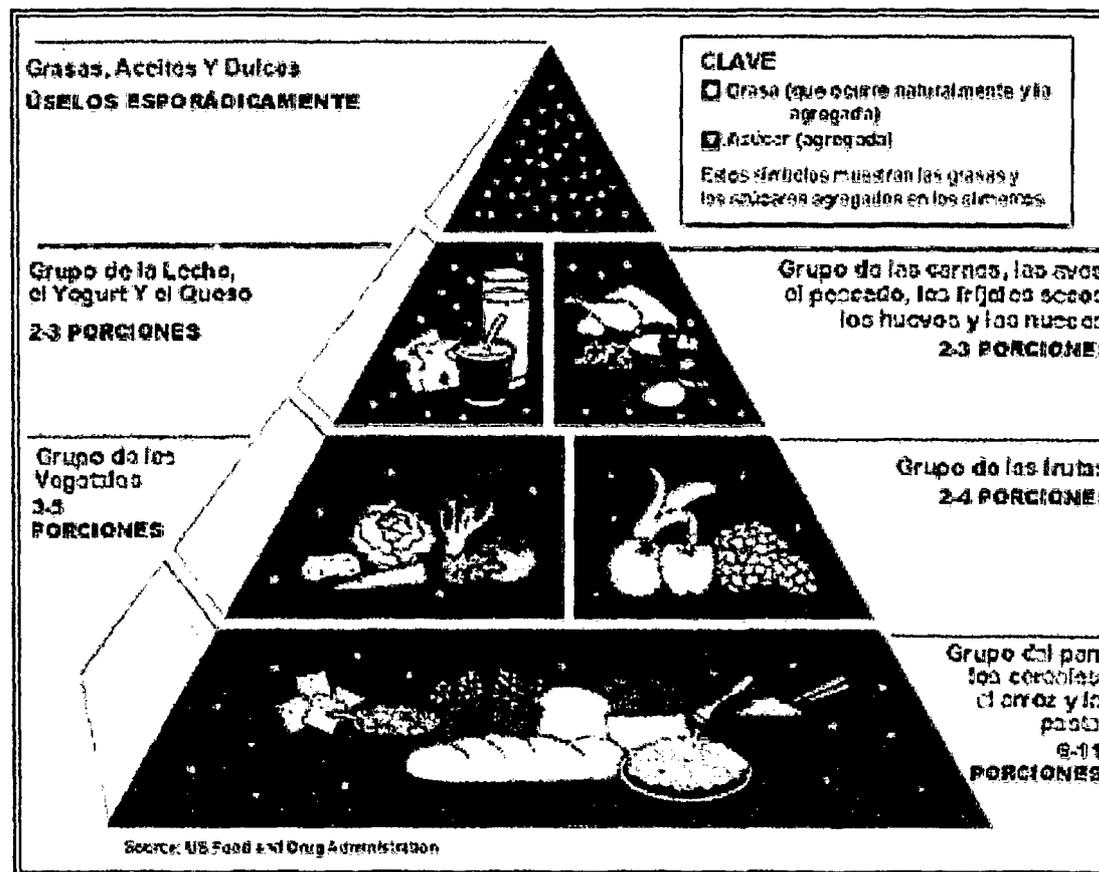
¿Sabes que usted puede padecerla sin tener síntomas? Píense en ella si:

- Es mayor de 40 años de edad
- Tiene sobrepeso
- Tiene antecedentes de familiares consanguíneos diabéticos (padres, hermanos, tíos, abuelos)
- Si tuvo un parto con un niño de más de 4 Kg. o niñas de 2.5 Kg. o si presentó diabetes gestacional
- Tiene presión alta
- No hace actividad física
- Si tiene colesterol e triglicéridos elevados
- Si pertenece a determinadas razas (negros, hispanos, asiáticos, nativos de América)

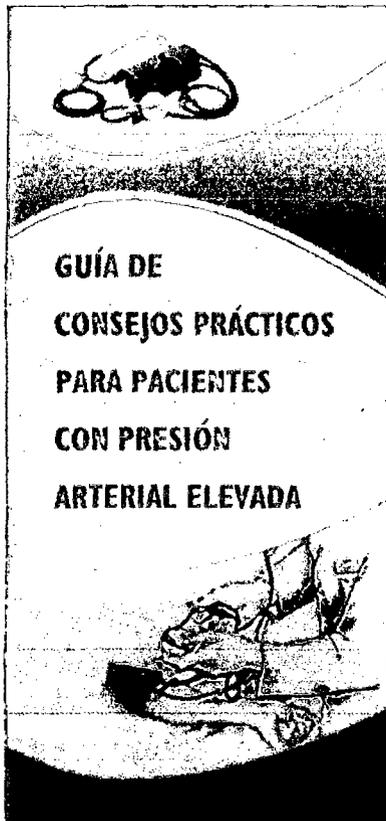
¿Conoce los síntomas más frecuentes?

- Mucha sed
- Orinar más que lo habitual
- Mucha hambre
- Pérdida de peso, cansancio (fatiga), y realizar trabajo físico intenso
- Infecciones frecuentes de la piel y de urinario
- Heridas que no cicatrizan
- Molestias en la región genital

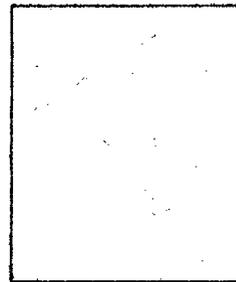
PIRAMIDE NUTRICIONAL



ANEXO Nº 10
BOLETINES INFORMATIVOS PROPORCIONADOS A LOS
PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



*G*uía de información
para el paciente
HIPERTENSO

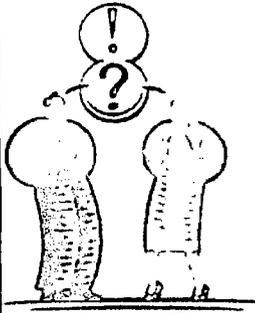


GLIOTEN[®]

GLIOTENZIDE

Bagó
♥ *tu* ♥

Traducción del texto original de la publicación
Federación Mundial del Corazón



lo que usted quiere saber, colesterol y sus implicaciones

¿qué son? consejos para reducirlo?

una corteja de **SONOFI**

Los factores de riesgo

CARDIOTON

La arteriosclerosis de la que habla el Dr. Linares puede ser evitada gracias a una serie de cuidados y precauciones. Constatar la existencia de placas de ateroma en la arteria de por sí no es suficiente por lo común para causar un infarto. La patología se manifiesta cuando el colesterol empieza a acumularse en las paredes de las arterias, formando una capa que se llama placa. Los factores de riesgo que producen en parte la formación de estas placas son los siguientes:

Los factores de riesgo más importantes en condiciones de salud son aquellos que aumentan las posibilidades de que un individuo sufra un infarto de miocardio.

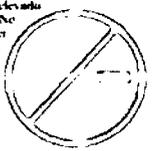
El primer factor en los factores de riesgo es el colesterol.

El colesterol

Es el gran culpable de un alto porcentaje de los problemas arteriovasculares. No sólo produce un exceso de colesterol de las arterias, sino que actúa a los vasos sanguíneos que tienen un papel clave en el origen de la enfermedad.

El tabaquismo es responsable del 50% de todos los muertes, estables y del 25% de las producciones de enfermedad coronaria. El consumo regular de tabaco tiene una relación directa con el número de cigarrillos fumados al día y con la cantidad de colesterol. El riesgo de enfermedad cardiovascular es especialmente elevado cuando se empieza a fumar antes de los 15 años de edad. No existen dudas en materia de los malos hábitos de poder ser cardiopatía coronaria arteriosclerótica en los fumadores pasivos y fumar a partir los hijos en nacimiento es eficaz para reducir el riesgo.

El doctor Valentín Linares, cardiólogo de origen español y presidente de la AHA (American Heart Association) la Asociación Norteamericana de Corazón que agrupa a los cardiólogos norteamericanos y es, posiblemente, el organismo más importante en la especialidad de Cardiología en los Estados Unidos, en un curso magistral de la Universidad Intercontinental, Mérida y Polya de Santander, España, llama a la



El colesterol es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Su nivel debe ser controlado.

CONSEJO: Evite el alto consumo de grasas saturadas y grasas trans.

La prevención del infarto

Primera parte

CARDIOTON

Prevenir un infarto es tan simple como controlar los factores que contribuyen a él: el colesterol, el azúcar y el nivel de estrés.

Un nivel alto de colesterol en la sangre puede ser el primer paso en el camino hacia un infarto y aumentar el riesgo de tener un ataque cardíaco. Pero también es importante que, a los niveles de colesterol alto de la dieta y del estilo de vida, una la ayuda de medicamentos.

El control de los niveles de colesterol en la sangre puede reducir la enfermedad coronaria y prevenir la aparición de nuevos eventos. La clave para el control de los niveles de colesterol es el consumo de medicamentos. Pero, si se recomienda hacer un diagnóstico médico para el inicio de un programa de control.

La hipertensión con sus síntomas como el dolor de cabeza, o con sus síntomas como la fatiga, la ansiedad y los cambios de humor, es el primer paso de una enfermedad crónica que puede conducir a un infarto.

Los estudios deben mantener niveles normales de azúcar en la sangre y controlar un estilo de vida sano.



El colesterol alto es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Su nivel debe ser controlado.



CONSEJO: Evite el alto consumo de grasas saturadas y grasas trans.

La prevención del infarto

Segunda parte

CARDIOTON

Hipertensión: el asesino silencioso

Se considera como hipertensión o tensión arterial alta aquellos niveles de tensión arterial superiores a 140 mmHg para la presión sistólica (la que se produce en las arterias cuando el corazón late) y 90 mmHg para la diastólica (la que se registra cuando el corazón descansa entre latidos).

La hipertensión se caracteriza por el aumento de la presión arterial y puede ser el primer paso en el camino hacia un infarto y aumentar el riesgo de tener un ataque cardíaco. Pero también es importante que, a los niveles de hipertensión de la dieta y del estilo de vida, una la ayuda de medicamentos.

A pesar de que existen factores sobre los que no podemos actuar directamente, y otros que sí, hay maneras de prevenir su aparición:

- reducir el consumo de sal (muchos alimentos y la comida procesada, además de la sal de mesa, contienen mucha sal. Mucha gente que reduce la sal de la comida se siente mal a la comida, incluso antes de probarla.
- evitar el tabaco y disminuir el consumo de alcohol y los productos con cafeína. La cafeína, en exceso, está presente en muchos alimentos y bebidas. Muchos productos de riesgo cardiovascular pueden contener cafeína.
- hacer ejercicio. Las consecuencias del sedentarismo (por ejemplo, la obesidad) contribuyen a producir hipertensión.
- prevenir, controlar y tratar cualquier enfermedad de colesterol y los diabéticos. La hipertensión es de alto riesgo para las personas con diabetes que sufren ataques cardíacos.
- un cambio en los estilos de vida puede reducir los niveles de tensión sistólica y diastólica entre 8 y 10 mmHg.

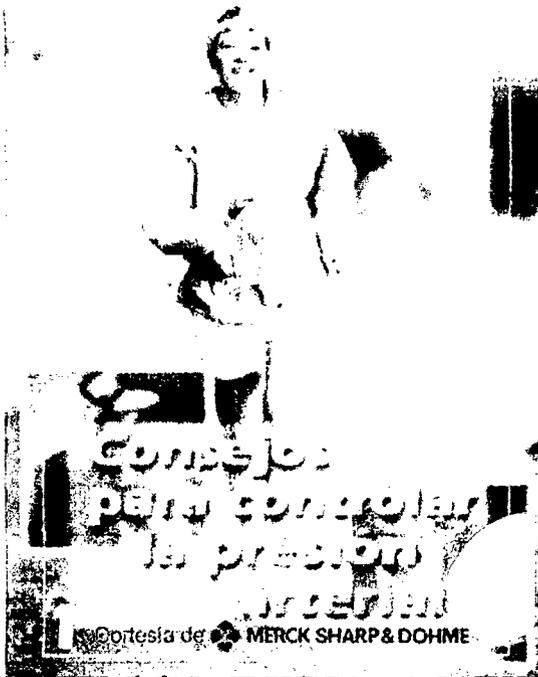


El colesterol alto es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Su nivel debe ser controlado.

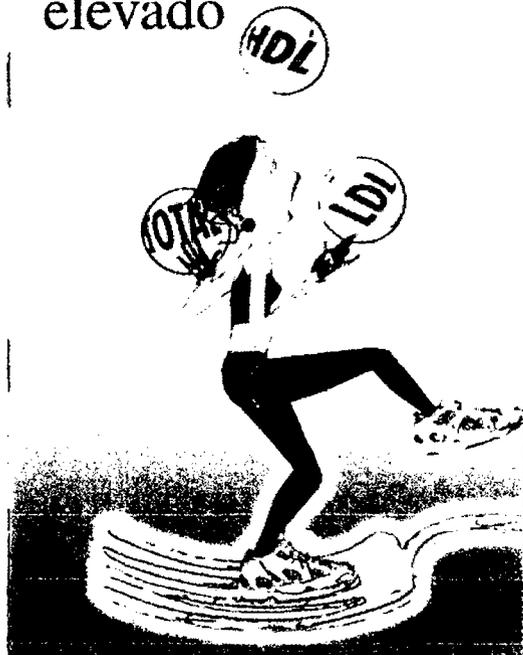
CONSEJO: Evite el alto consumo de grasas saturadas y grasas trans.

1557 1697-0826

HIPERTENSION ARTERIAL



Cómo reducir el colesterol elevado

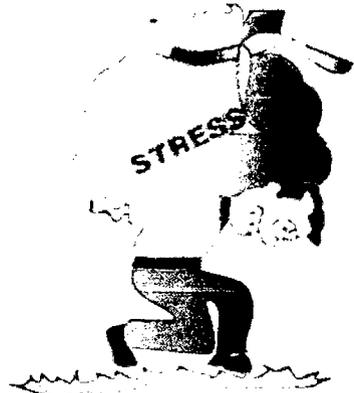


La sal y la hipertensión arterial



EL STRESS

CONOZCA COMO LE AFECTA, LE AYUDAMOS A COMBATIRLO



Dieta para Dislipidemias



Tabla de alimentos y raciones que puede escoger diariamente para disminuir el colesterol y triglicéridos en la sangre.

GRUPO DE ALIMENTOS	PERMITIDOS	NO PERMITIDOS
 <p>GRUPO DE ALIMENTOS LÁCTEOS</p>	<p>Leche descremada o semidescremada. Yogurt natural descremado o Deslactosado. Queso fresco light o descremado, queso cabana, o ricota.</p>	<p>Cheddar, parmesano, cabra, manchego, camembert y en general quesos amarillos y/o duros, altos en grasa.</p>
 <p>PAN, ARROZ, PASTA, AVENA, CEREAL SECO ALTO EN FIBRA</p>	<p>Tortilla de maíz. Pan integral. Arroz, pasta, avena, cereal, galletas integrales o galletas de agua. Papa o choclo sancochados.</p>	<p>Productos de panadería con mantequilla y/o huevo. Harinas refinadas (panes blancos, galletas). Pasteles /pie (pays).</p>
 <p>LEGUMINOSAS</p>	<p>Frejoles, lentejas, arvejas verdes, habas, guisadas sin tocino, pellejo o costilla.</p>	<p>Leguminosas refritas. Preparaciones grasosas.</p>
 <p>VERDURAS Y ENSALADAS</p>	<p>TODA LA VARIEDAD Verduras crudas o cocidas.</p>	<p>Evitar preparaciones cremosas, con mantequilla o grasa excesiva.</p>
 <p>FRUTAS</p>	<p>TODA LA VARIEDAD Preferiblemente frutas frescas.</p>	<p>Evitar presentaciones con azúcar, mantequilla, miel, leche condensada, fudge o cualquier agregado dulce o cremoso.</p>
 <p>CARNES, PESCADO, PAVO</p>	<p>Carne de res magra (falda, filete, molida sin grasa). Carne de aves: Pollo, pavo. Pescado blanco: sin piel. Embutidos: de pollo o pavo.</p>	<p>Carne de res con grasa. Carne de puerco (tocino). Embutidos de carne o de puerco (chorizos, salchichas). Visceras. Mariscos (de vez en cuando).</p>
 <p>GRASAS</p>	<p>1 cucharadita de aceites vegetales (maíz, girasol, oliva, etc). 1 cucharadita de margarina. 1 cucharada de mayonesa de dieta.</p>	<p>Mantequilla y margarinas. Cremas (natillas, natas, crema agria). Salsas, snacks o bocaditos frescos o envasados. Prohibidos alimentos fritos y apanados.</p>
 <p>HUEVO</p>	<p>Claros de huevo.</p>	<p>Yemas de huevo, (máximo 2/3 unidades a la semana).</p>
 <p>AZÚCARES</p>	<p>1 cucharadita de azúcar, 1 cucharada de miel, o Mermelada.</p>	<p>Dulces, helados, postres, chocolates, sodas o bebidas con azúcar.</p>
 <p>BEBIDAS</p>	<p>Bebidas gaseosas light o diet Consumo moderado de bebidas hidratantes, (Gatorade y similares).</p>	<p>Bebidas energizantes (Red Bull y similares).</p>
<p>ALCOHOL</p>		<p>Todas las bebidas alcohólicas.</p>

ANEXO N° 11

TRIPTICOS PROPORCIONADOS A LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



**Cómo controlar su
colesterol:
Dieta y Actividad
Física**



ANEXO N°12

HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION SERVICIO DE CARDIOLOGIA
BOLETINES, TRIPTICOS PROPORCIONADOS A LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CALLAO 2008

BOLETINES	ENERO	FERB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGT.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
Presión Arterial	12											
Guía de consejos prácticos para pacientes con presión arterial elevada	12											
Si Ud. Tiene presión arterial alta , hacer unos pequeños cambios hoy ...		26										
Hipertensión arterial : consejos para controlar la presión arterial		26										
Su plan de alimentación saludable			9									
Guía Nutricional			9									
La sal y la hipertensión arterial				23								
Lo que Ud. debe saber .los factores de riesgo				23								
Aprendiendo a comer rico y saludable Recetas coleccionable N° 1					8							
Como controlar su colesterol: dieta y actividad física.						8						

BOLETINES	ENERO	FERB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGT.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
	Lo que usted quiere saber sobre el colesterol y triglicéridos				12							
Controle los niveles de colesterol en sus alimentos				12								
Si Ud. tiene Diabetes y presión alta hacer unos pequeños cambios				26								
Guía para comprender la Diabetes tipo 2				26								
La dieta del diabético					10							
Dietas para Dislipidemias mixtas					10							
Como reducir el Colesterol elevado HDL						24						
Aprendiendo a comer rico y saludable Recetas coleccionable N° 2					24							
Aprendiendo a comer rico y saludable Recetas coleccionable N° 3						14						
Aprendiendo a comer rico y saludable Recetas coleccionable N° 4						14						
El estrés : conozca como le afecta , le ayudamos a combatirlo							28					
Presión Arterial elevada							28					
Hacer ejercicios ayuda a mejorar su salud								12				
Prevención del infarto 1									12			
BOLETINES	ENERO	FERB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGT.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
La prevención del Infarto 2							26					

ANEXO 13 :

**REUNIONES FESTIVAS DEL CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION SERVIVIO DE CARDIOLOGIA**

Actividad	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Cumpleaños			X			X			X			X
Día de la madre					X							
Día del padre						X						
Aniversario del club									X			
Navidad												X

ANEXO N°14

ENCUESTA PARA DETERMINAR ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSION ARTERIAL DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION.

I. DATOS PERSONALES:

1. Apellidos y Nombres:

.....

2. Edad: Sexo: M () F () Procedencia:

Distrito:..... Provincia:

Departamento:

3. Ocupación: Estado civil:

4. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

5. Título profesional:

Universidad donde se tituló.....

6. Enfermedades que padece:

II. INSTRUCCIONES:

A continuación le formulamos un conjunto de preguntas. Algunas de ellas, tienen varias opciones como respuesta. Colocar en los paréntesis correspondientes un aspa (X) en la (s) respuesta(s) verdadera(s), o contestar de manera precisa en los puntos suspensivos.

III. ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Preguntas:

1. ¿En qué año conoció que tiene Hipertensión Arterial?: ¿Tuvo conocimiento de su enfermedad? Si (), No ().

¿Qué síntomas tenía antes de ser diagnosticado como hipertenso?

a. b.

b. d.

2. La dieta alimenticia que consume permanentemente está constituida de:
- a. Sal: Poca (), Regular (), Mediana (), Mucha ().
 - b. Frituras:
 - Carnes:
 - De res (), Pollo (), Cerdo (), Pescado (), Embutidos (),
 - Vísceras ().
 - Tubérculos:
 - Papas (), Camote (), Yuca ().
 - c. Consumo de huevo:
 - Frito (), Pasado (), ¿Cuántos huevos consume a la semana?:
 - a. Lácteos:
 - Leche fresca (), Queso mantecoso (), Mantequilla (),
 - Su consumo es esporádico: Si (), No () ó permanente, Si (), No ().
 - e. Bebidas:
 - Café (), te (), gaseosas (), chocolate (), refrescos con colorantes (), ¿Todos los días consume dichas bebidas?: Si (),
 - No (). ¿Cuál consume con mayor frecuencia?
 - f. Salsas y Aderezos:
 - Ají (), mayonesa (), mostaza (), tártara (), ¿siempre las utiliza cuando consume sus alimentos? Si (), No ().
 - g. Pan:
 - ¿Cuántos panes al día consume? 01 (), 02 (), 03 (), 04 (), más de 04 ()
3. Bebidas alcohólicas:

Cerveza (), Vino (), Pisco (), Aguardiente (). La frecuencia de su consumo es: Una vez (), Dos veces (), tres veces (), o más () a la semana.
4. ¿Consume frecuentemente cigarrillos? Si (), No ().

Al día fuma, 01 (), 02 (), 03 (), 04 (), 05 (), 06 (), mas cigarrillos ().
5. ¿Por qué usted no realiza los ejercicios que a continuación indicamos?:

Caminatas, aeróbicos, bailes, fulbito, volleybol, footing, trotar,
- a. primera razón:
 -

b. segunda razón:

.....

c. tercera razón:

.....

En caso que los realice, mencione los que más práctica:

.....

IV. EFECTO DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

Preguntas:

6. Al escuchar las charlas sobre hipertensión arterial le genera:
 - a. Preocupación por su salud (), b. Miedo de morir (), c. Estar a dieta (), d. Tomar todos los días pastillas recetas por el médico ().

7. Las experiencias de sus amigos hipertensos con relación a la hipertensión arterial de usted, es:
 - a. En cuanto al consumo de alimentos de:
Lácteos () frituras (), cantidad de pan () es similar () diferente ().
 - b. Con relación a bebidas de:
Café (), te (), chocolate (), cerveza (), vino (), aguardiente (), pisco (). Es semejante: al consumo (). A la cantidad diaria ().
 - c. Con relación al tabaco, ¿Consume la misma cantidad? SI (), NO ().

8. Las representaciones dinámicas de los hipertensos, generan en usted: relajamiento (), dramatismo de la enfermedad (), tristeza (), alegría () arrepentimiento de haber consumido lo que agrava su hipertensión ().

9. ¿Qué efectos genera en usted los videos sobre hipertensión arterial?
 - a. Conocimiento de la enfermedad (), b. Tratamiento de la enfermedad (), c. Prevención de las Complicaciones (), d. cambios de estilos de vida que contribuyen al tratamiento de la enfermedad ().

10. Los afiches que le proporciona el servicio de cardiología, ¿en cuál de los factores de riesgo tienen mayor incidencia para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial?:
- Riesgos cardiovasculares (), dolor torácico (), Infarto agudo de miocardio (), Hipercolesteremia (), Accidente Cerebro Vascular ().

V. NUEVOS ESTILOS DE VIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Preguntas:

11. ¿Qué cereales le agradaría consumir constantemente?
- Quinoa (), Maca (), lenteja (), frijoles (), garbanzo (), soya (), trigo (), arvejas (), maíz morado (para chicha) ().
12. ¿Qué vegetales con fibra, usted desearía consumir?
- Choclo (), brócoli (), apio (), repollo ().
13. De los vegetales enumerados, ¿cuál de ellos desearía consumir frecuentemente?
- Lechuga (), espinaca (), tomate (), zanahoria (), cebolla (), ajo (), pepinillo (), acelga (), vainitas (), perejil (), rabanito ().
14. Las frutas que a usted le agradan, son:
- Plátano (), naranja (), mandarina (), manzana (), papaya (), piña (), limón (), cerezas (), maracuyá ().
15. ¿Cuál de las actividades físicas a usted le agradaría practicar con mayor intensidad?
- Aeróbicos (), Caminatas (), Bailes (), Paseos (). Fútbol (), trotar (), voleibol (). ¿Qué tiempo le agradaría practicarlas?
-

1. ¿Qué efectos generan en los hipertensos las actividades festivas de Cumpleaños, Navidad, Día de la madre, Día del padre y Aniversario del club?
 a. Eliminación del estrés (), b. Olvido de problemas: personales (), cotidianos ().
17. Usted esta dispuesto a dejar de consumir:
 Tabaco (), café (), te (), gaseosas (), cerveza (), vino (), aguardiente (), pisco ().
18. ¿Cuándo se enteró que tenía hipertensión arterial, Qué efectos psicológicos le generó?
 Tristeza (), depresión (), decepción de la vida (), soledad (), incomprensión ().
19. Para evitar los efectos psicológicos de la hipertensión arterial, ¿Usted necesita?
 Relajación (), Apoyo emocional (), Consejería (), Terapia grupales ().
20. Sabe controlar su presión arterial: SI (), NO ().
21. Para usted, el valor de la presión arterial de:
 120/80 es Normal (), Baja (), Alta (), Muy alta ().
 125/75 ¿Es dañina? SI (), NO (). ¿A que órgano afecta?
 130/80 ¿también es dañina? SI (), NO (). ¿Qué enfermedad origina?
 140/90 ¿Es propia de un paciente hipertenso? SI (), NO ().
 150/100 ¿Es una presión arterial no controlada? SI (), NO ().
22. ¿Que efectos producen los diuréticos que utiliza para disminuir la hipertensión arterial?, de:
 a. ASSA: Eliminar líquidos (), disminuir edemas (), bajar la presión ().

b. Ahorradores de potasio: Eliminar líquidos (), disminuir edemas ()
¿Cuál es la diferencia con relación a los de ASSA?.....

23. Los fármacos antihipertensivos que usted utiliza, son:

a. De los periféricos:

Gliten (), Captopril (), Nifenipinos ().

c. De los Agonistas Centrales:

Bisoprolol(), Concor(), Losartan ().

d. De los Alfa-Bloqueadores:

Adalad oros (), Nifensar (), Aprovel ().

e. De los Beta-Bloqueadores:

Ciprofibrato (), Atacant ().

24. De los medicamentos enumerados, ¿Qué fármacos vasodilatadores usted toma para mejorar su hipertensión arterial?

a. De los Bloqueadores de entrada de calcio

Atelonol (), Duopress ().

b. De la Enzima convertidora de Angiotensina.

Isorbide (), Dopamina (), Dobutamina ().

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



**PROTOCOLO
DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA
AL PACIENTE HIPERTENSO
Callao 2009**

LIC. LUZ AMPARO CHÁVEZ HUAMANI

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	4
DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6
OBJETIVOS	8
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA HTA.	10
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LA HTA..	12
APÉNDICES:	
Apéndice 1 <i>Plan de cuidados orientados por problemas/diagnósticos de enfermería</i>	16
ANEXOS:	
Anexo I <i>Técnica de medición de la presión arterial</i>	22
Anexo II <i>Guía de valoración del paciente hipertenso</i>	26
Anexo III <i>Efectos adversos de los fármacos antihipertensivos</i>	28
Anexo IV <i>Dieta baja en sodio.</i>	31
Anexo V <i>Educación sanitaria a grupos de hipertensos.</i>	32
Anexo VI <i>Actuación de Enfermería en el Protocolo de H.T.A.</i>	35
• BIBLIOGRAFÍA	37

INTRODUCCIÓN

Este protocolo ha sido, elaborado, con la intención de unificar y definir los cuidados de enfermería al paciente hipertenso en los Equipos de Atención Primaria.

Este protocolo no pretende tener un carácter universalista, ni ser permanente, ni enseñar nada nuevo. Sólo pretende ser una herramienta de consulta ágil y dinámica que unifique y facilite el trabajo de los profesionales.

Marcar unas pautas comunes de actuación muy esquemáticas que se aplicarán y/o ampliarán teniendo en cuenta las características personales del paciente y sus necesidades, así como la situación, momento y medios de cada equipo de salud.

AUTORA

*Lic. Luz A. Chávez Huamani
Especialista en Cuidados Intensivos
Cardiología HNDAC*

I. DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La H.T.A. es el factor de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio que motiva un mayor número de consultas, y es la principal causa de cardiopatías coronarias accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal.

Podíamos definir la H.T.A. como un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) por encima de los parámetros que se consideran óptimos.

La clasificación propuesta por el VI informe de la JNC en 2007 es el siguiente:

CATEGORÍA	SISTÓLICA (MMHG)	DIASTÓLICA (MMHG)
Óptima	Menos de 120	Menos de 80
Normal	Menos de 130	Menos de 85
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Estadio 1 (Discreta)	140-159	90-99
Estadio 2 (Moderada)	160-179	100-109
Estadio 3 (Severa)	180-209	110-119
Estadio 4 (Muy Severa)	210 y más	120 y más

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES CON EL PACIENTE HIPERTENSO.

- A corto plazo, mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones cardiovasculares.
- A largo plazo, la reducción de la morbimortalidad cardiovascular.

2.2 OBJETIVOS ASISTENCIALES CON EL PACIENTE HIPERTENSO.

- Prevenir y detectar precozmente complicaciones cardiovasculares.
- Detectar precozmente efectos adversos del tratamiento farmacológico.
- Adecuada cumplimentación del tratamiento farmacológico.
- Adecuada cumplimentación de las medidas dietéticas y ejercicio.
- Eliminación o reducción de hábitos nocivos (tabaco, alcohol).
- Aproximación a normo peso (sobrepeso y obesos).
- Reducir el nivel de estrés.
- Atender otros problemas que se detecten durante el proceso asistencial (estreñimiento, problemas de sueño, etc.).

III. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA H.T.A

3.1.- ACTIVIDADES.

- La medición de la presión arterial (Anexo I).
- Iniciar Historia Clínica: antecedentes familiares de H.T.A., personales de diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular y hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).

3.2.- FORMAS DE CAPTACIÓN.

- Oportunística a través del programa de actividades preventivas del adulto mayor
- Derivaciones de Consulta Médica en Cardiología.

3.3.- PAUTA DE ACTUACIÓN.

A. CON UNA MEDICIÓN INICIAL PAUTA DE ACTUACIÓN

❖ **PAS < 140 Y/O PAD < 90**

- Próxima medición de presión arterial según protocolo de actividades preventivas en el adulto
 - Cada dos meses en < 40 años
 - Cada tres meses en > 40 años

❖ **PAS ≥ 180 Y/O PAD ≥ 110**

Repetir a los 20 minutos y si persiste:

- Iniciar valoración y recogida de datos en Historia Clínica
- Educación sanitaria protocolizada
- Derivar a consulta médica para diagnóstico etiológico y tratamiento

❖ **PAS ≥ 140 Y/O PAD ≥ 90 CON SINTOMATOLOGÍA:**

- Dolor precordial
- Confusión
- Cefaleas súbitas
- Bradicardia < 55
- Disnea

1. Iniciar valoración y recogida de datos en Historia Clínica
2. Educación sanitaria
3. Derivar a consulta médica para diagnóstico y tratamiento de Hipertensión Arterial

❖ **PAS ≥ 140 Y/O PAD ≥ 90 SIN SINTOMATOLOGÍA**

1. Realizar triple toma de presión arterial separada en intervalos de dos Semanas.
2. Iniciar valoración y recogida de datos en Historia Clínica
3. Durante ese período el paciente no deberá modificar su estilo de vida

B. CON LA TRIPLE TOMA PAUTA DE ACTUACIÓN

➤ **PROMEDIO DE PAS ≤ 140 Y/O PAD ≤ 90**

- Próxima medición de presión arterial según estándares de actividades preventivas en el adulto.

➤ **PROMEDIO DE PAS ENTRE 130-139 Y/O PAD ENTRE 85-89**

- Iniciar modificación de estilos de vida (nutrición, actividad física)
- Derivar a consulta médica para diagnóstico etiológico y tratamiento
- Seguimiento según protocolo H.T.A.

IV. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LA H.TA

4.1.- DIRIGIDO A:

Pacientes diagnosticados de H.T.A. y derivados a Consulta de Enfermería con o sin tratamiento farmacológico.

4.2.- ACTIVIDADES.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y TÉCNICAS DE CONTROL

- Sintomatología y Patrones Funcionales (Anexo II)
- Adhesión al tratamiento y tolerancia (Anexo III)
- Tensión arterial y frecuencia cardíaca
- Peso. I.M.C. (si obesidad)
- Pulsos periféricos (si edemas o trastornos circulatorios periféricos)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica anual según protocolo clínico
- Electrocardiograma según pauta del protocolo clínico
- Fondo de ojo según pauta del protocolo clínico

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS (APÉNDICE 1)

- Complicaciones de H.T.A.
- Desconocimiento sobre la H.T.A.
- Hábitos tóxicos
- Incumplimentación de las medidas higiénico-dietéticas
- Incumplimiento del tratamiento farmacológico
- Alteración de la nutrición por exceso
- Sedentarismo
- Estreñimiento
- Trastornos del sueño
- Falta de adaptación a su enfermedad
- Hiperfrecuentador

CONSEJO-INFORMACIÓN INDIVIDUAL PROTOCOLIZADA:

- Personalizaremos las necesidades de información según la actitud y el comportamiento del individuo y/o familia
- Explicar en términos sencillos y claros qué es la H.T.A., factores que influyen, complicaciones y la importancia del control de la tensión arterial
- Dieta específica, los alimentos indeseados, aconsejados y alimentos ricos en Sodio (Anexo IV)
- Ejercicio físico adecuado y la relación entre ejercicio y el mantenimiento de la salud. Enseñar las pautas para realizar ejercicios específicos, relajación.
- Explicar las medidas que influyen en el control de la H.T.A.: Cumplimiento del tratamiento farmacológico, reducción del peso, disminución del consumo de alcohol y tabaco, control del estrés

- Explicar la dosis, horarios, diferenciación de otros medicamentos, efectos indeseables e importancia de la cumplimentación farmacológica
- Explicar técnicas de autocontrol de la T.A., previa selección de los individuos y/o familias que lo precisen
- Explicar, si precisa, otros tipos de cuidados según los problemas individuales detectados

APOYO PSICOLÓGICO Y MOTIVACIÓN

- Explicar el objetivo de la consulta de enfermería, el funcionamiento de los servicios sanitarios y la coordinación con la consulta médica
- Crear un clima de confianza escuchando al paciente cuando quiera exponer los aspectos más personales e íntimos y permitiendo la libre expresión de sentimientos y dudas
- Formular preguntas abiertas sobre las cosas que más le interesen
- Partir de las necesidades expresadas o sentidas por los pacientes para iniciar las actividades de educación
- Realizar entrevistas con otros miembros de la familia cuando esto sea preciso o lo solicite el paciente. Identificar los recursos con los que cuente el paciente y la familia.
- Evitar utilizar un lenguaje técnico
- Facilitar el conocimiento, localización y acceso a instituciones y recursos comunitarios si son necesarios
- Reforzar positivamente los logros conseguidos

SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

- Cada 15-30 días hasta estabilización de cifras de T.A.
- Cada 3 meses con cifras de T.A. estabilizada
- Cada 6 meses en H.T.A. estabilizada sin tratamiento Farmacológico

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA MÉDICA

- Cifras de T.A. elevadas en tres visitas sucesivas
- Síntomas de repercusión visceral
- Efectos adversos al tratamiento
- Crisis hipertensiva
- Revisión anual (T.A. estabilizadas)

EDUCACIÓN SANITARIA A GRUPOS DE HIPERTENSOS Y FAMILIARES (ANEXO V)

APÉNDICES

APÉNDICE 1

PLAN DE CUIDADOS ORIENTADOS POR PROBLEMAS/DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTUACIÓN
<p style="text-align: center;">DETECCIÓN DE SÍNTOMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Defectos visuales, visión borrosa, manchas y pérdida de agudeza visual ❖ Déficit de orientación o de memoria, debilidad, parálisis, déficit de movilidad, habla o sensorio ❖ Brusca e intensa cefalea, diplopia, ataxia, nistagmo, pupilas pequeñas pero reactivas a la luz ❖ Disminución de la diuresis (< 30 ml./h.), alteraciones analíticas (disminución de proteínas séricas, aumento del BUN, creatinina sérica, K, menor aclaramiento de creatinina y aumento del nivel de sodio en orina) ❖ Edemas ❖ Efectos adversos al tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la libido - Impotencia - Bradicardia - Edemas - Mareos 	<p style="text-align: center;">DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hemorragia retinal ❖ ACV ❖ Insuficiencia renal ❖ Insuficiencia cardíaca ❖ Infarto agudo de miocardio (IAM) ❖ Efectos adversos a la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar intensidad y características de aparición (frecuencia, concurrencia, etc.) de síntomas • Contrastar con medicación de la presión arterial • Valorar otras causas de líquidos, poco sodio en la dieta o el tratamiento farmacológico) • Derivar a consulta médica para diagnóstico y tratamiento

- Cefaleas		
PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTUACIÓN
<p>DESCONOCIMIENTO DE LA H.T.A.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la historia natural de la enfermedad • De los síntomas y posibles complicaciones • De los hábitos de vida adecuados y conductas saludables • Del tratamiento y controles sanitarios de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresar conocimientos sobre su enfermedad, signos y síntomas de crisis o complicaciones ❖ Expresar conocimientos sobre las conductas saludables para el control de su enfermedad ❖ Establecer una relación terapéutica según protocolo de H.T.A. personalizándola en cada paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la capacidad y disposición del paciente para comprender y retener la información • Explicar qué es la H.T.A., las cifras normales, las posibles complicaciones y los síntomas a notificar • Explicar las medidas higiénico-dietéticas para el adecuado control de la enfermedad: nutricionales, ejercicio y evitar comportamientos no saludables (tabaco, estrés, obesidad) • Explicar el tratamiento farmacológico e importancia de su correcta cumplimentación • Explicar la pauta de controles periódicos y concertar la pauta según las cifras de T.A. y características del paciente
<p>HÁBITOS TÓXICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevenir complicaciones ❖ Reducir o eliminar consumo de Tabaco y alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica que facilite la expresión y abordaje para la modificación de hábitos • Valorar percepción y creencias sobre la enfermedad y el concepto de salud • Valorar factores causales • Proporcionar información sobre consecuencias para la salud de determinadas conductas • Proporcionar información y apoyo para reducir o eliminar factores de riesgo: para reducir consumo de alcohol, sobre factores concurrentes de sedentarismo (dolor, falta de tiempo de sí mismo), técnicas de relajación, etc

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTUACIÓN
<p>INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICODIETÉTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por desconocimiento • Por desconfianza • Olvidos • Falta de apoyo familiar • Creencias sanitarias contrarias al consejo profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener un adecuado cumplimiento de las medidas higiénico- dietéticas • El paciente expresara verbalmente un adecuado conocimiento sobre su tratamiento • Observar la correcta cumplimentación del tratamiento Farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la percepción del paciente sobre la hipertensión • Identificar factores causales como falta de conocimientos, incumplimientos previos, no percepción de gravedad, fantasías respecto a la curación (que desaparecerá de forma espontánea o sentimientos de dar igual lo que haga) • Señalar las cifras elevadas de T.A. y recalcar las posibles complicaciones • Incluir a allegados o familiares en el cuidado • Informar - enseñar comportamientos saludables • Ofertar educación para la salud a grupos de crónicos
<p>INCUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por desconocimiento • Por miedo o desconfianza • Olvidos por tratamiento complejo, escasa memoria o falta de apoyo familiar • Creencias sanitarias contrarias al consejo profesional • Por efectos adversos • Falta de apoyo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente expresara verbalmente un adecuado conocimiento sobre su tratamiento ❖ Observar la correcta cumplimentación del tratamiento Farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la percepción del paciente sobre la HTA • Anamnesis sobre causas de incumplimiento: falta de conocimientos sobre los fármacos y posología, efectos secundarios, historia de abandono del tratamiento, desconocimiento de la enfermedad • Señalar las cifras elevadas de T.A. y recalcar las posibles complicaciones • Incluir a allegados o familiares en el cuidado • Informar sobre el nombre de los fármacos, posología, efectos adversos • En presencia de efectos adversos, derivar al medico

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTUACIÓN
<p>ALTERACIÓN EN LA NUTRICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exceso de aporte calórico y grasas • Exceso de aporte de Na • Monotonía y errores en la condimentación y preparación de los alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Paciente identifique factores causales y conductas alternativas para llevar una dieta equilibrada ❖ Reducir sobrepeso y/o control ponderal con I.M.C. < 30% 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar ingesta y conducta alimentaria • Explicar la relación entre la nutrición y el control de la T.A. Comentar riesgo de alimentación inadecuada y beneficios e importancia de una alimentación saludable • Calcular necesidades calóricas y planificar dieta personalizada • Explicar conceptos básicos de nutrición, alimentos indeseados, condimentación y preparación • Corregir o reforzar conductas alimentarias • Reducir la ingesta de sal y grasas
<p>SEDENTARISMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor o incomodidad • Ansiedad elevada • Restricciones impuestas y/o personales • Hábito sedentario 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevenir las complicaciones de la inmovilidad física ❖ Aumentar la movilidad física a un nivel óptimo, según características del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar factores causales • Reducir o eliminar factores concurrentes: dolor, ansiedad • Fomentar ejercicio físico activo, de forma progresiva • Enseñar métodos de adaptación y realizar ejercicios de movilización pasiva, si existe incapacidad para actividad física

<p>ALTERACIÓN EN LA ELIMINACIÓN: ESTREÑIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico • Alimentación inadecuada • Estrés 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reducir sintomatología actual ❖ Reducir factores concurrentes ❖ Fomentar dieta apropiada y hábitos sanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar factores causales: tratamientos médicos, abuso de laxantes, estrés, dieta inadecuada • Ofrecer medidas correctoras: rutina diaria, dieta equilibrada y rica en fibra, ingesta de 2 l. de líquidos al día, ejercicio físico
---	--	---

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTUACIÓN
<p>TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL PACIENTE HIPERTENSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de actividad • Preocupaciones • Problemas ambientales • Dolor • Fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconocer medidas de comodidad para inducir al sueño ❖ Favorecer la inducción al sueño ❖ Aumentar la calidad del patrón del sueño la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores causales • Reducir o eliminar factores ambientales (ruido, interrupciones) • Aumentar la actividad diaria: ejercicio físico • Explicar medidas de comodidad para inducir el sueño: rutina habitual, baño e higiene personal, lectura o relajación
<p>FALTA DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información incorrecta o insuficiente • Cansancio del cuidador principal • Rechazo al propio proceso crónico 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ayudar a reconocer las causas de la dificultad para adaptarse a la enfermedad ❖ Facilitar la comunicación y conductas de apoyo entre los miembros de la familia ❖ Mantener una relación terapéutica con la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar los factores causales: creencias personales, falta de conocimientos, falta de persona de apoyo • Valoración realista de la situación y de la capacidad y aptitud para resolver problemas. Identificar debilidades y fortalezas de la familia • Proporcionar información y conocimientos adecuados y opciones para permitir la toma de decisiones • Valorar otros sistemas de apoyo: parientes, vecinos, contactos sociales • Facilitar contacto con Trabajador Social

<p>INADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desconfianza o miedo ● Falta de disponibilidad de servicios sanitarios ● Falta de conocimientos sobre control de la H.T.A. ● Prácticas o creencias sanitarias inadecuadas de medición de la P.A. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lograr la confianza del paciente ❖ Mejorar la utilización de los recursos sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comentar los elementos esenciales para el control de cifras de T.A. (medicación, dieta, ejercicio) y explicar pautas de control de la H.T.A. en consulta médica y enfermería ● Incluir en grupos de educación a crónicos ● Enseñar a medir la presión arterial ● Establecer una relación terapéutica que facilite la comunicación
---	---	--

ANEXOS

ANEXO I

TÉCNICA DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

1.- DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA.

La determinación de la Tensión Arterial se realizará por el método auscultatorio de Korotkoff. Dicho método se basa en que, al aplicar una presión sobre la arteria hasta colapsarla con un manguito hinchable, se interrumpe la circulación distalmente a este punto y no se percibirán pulso ni ruidos auscultatorios al aplicar un fonendoscopio a la arteria. A medida que se va disminuyendo la presión del manguito, cuando ésta se iguala a la Presión Arterial Sistólica, reaparecerá el pulso distal y la sangre, al circular con flujo turbulento, dará origen a los ruidos de Korotkoff. Cuando, al seguir disminuyendo la presión del manguito, ésta se iguala a la Presión Arterial Diastólica, la corriente sanguínea vuelve a tener un flujo laminar normal y, de nuevo, no se perciben ruidos auscultatorios.

Los ruidos de Korotkoff se clasifican en cinco fases:

- 1.1.- FASE I: Coincide con la aparición del primer ruido audible. Es un tono chasqueante fuerte y bien definido. Se corresponde con la Presión Arterial Sistólica.
- 1.2.- FASE II: Es una sucesión de murmullos debidos a la aparición de un soplo acompañando a cada ruido, el cual apenas se oye.
- 1.3.- FASE III: Desaparecen los soplos anteriores y se percibe un tono chasqueante como en la primera fase, pero más mate.
- 1.4.- FASE IV: Se apagan los ruidos y cambian de tonalidad, haciéndose suaves y sibilantes.
- 1.5.- FASE V: Desaparecen los ruidos.

2.- OBJETIVOS.

Determinar la resistencia que ofrecen las paredes de las arterias con relación a la intensidad del flujo sanguíneo.

3.- PRECAUCIONES.

- 3.1.- Utilizar el manguito adecuado al tamaño del brazo (Adulto: 12 x 33 cm., Obesos: 14 x 35 cm.).
- 3.2.- Asegurarse de que la ropa no comprima el brazo y no existen obstáculos entre la zona de aplicación del manguito y el corazón.
- 3.3.- Cuando el paciente presente arritmias o bradicardias, se desinflará el manguito muy lentamente.

3.4.- Si el manguito no es el adecuado, medir la circunferencia del brazo y aplicar el factor de corrección (ver Tabla 1).

4.- MATERIAL.

- Esfingomanómetro (mercurio, anaeroide).
- Fonendoscopio.
- Tablas de corrección.
- Cinta métrica.

5.- DESARROLLO DE LA TÉCNICA.

5.1.- Explicar al paciente lo que se le va a hacer.

5.2.- Colocar al paciente en posición cómoda y relajada, sentado sin cruzar las piernas, con el brazo apoyado a la altura del corazón.

5.3.- Enrollar el manguito alrededor del brazo, dejando libre la flexura del codo, aproximadamente 2 cm. por encima del espacio antecubital.

5.4.- Localizar manualmente el pulso braquial con los dedos índice y medio. Colocar en ese punto la membrana del fonendoscopio. Asegúrese de que el fonendoscopio cuelga libremente, evite los roces.

5.5.- Cerrar la válvula e insuflar el manguito hasta que el esfingomanómetro marque 20-30 mmHg. sobre el punto donde se siente más el pulso braquial.

5.6.- Dejar salir el aire lentamente, observando la escala del manómetro y anotar la lectura al escuchar el primer latido (Fase I) que corresponde a la presión arterial sistólica o máxima, la presión arterial diastólica o mínima corresponde al momento en que el sonido de la pulsación arterial desaparece (Fase V) o cambia de nitidez o intensidad (Fase IV). Esto puede ocurrir en niños, embarazadas, pacientes con problemas circulatorios, fiebre, estrés... Se hará constar en la historia.

5.7.- Desinflar por completo el manguito y retirarlo.

5.8.- Si no se escucha con el fonendoscopio, se apreciará la presión con la palpación del pulso radial.

5.9.- Si se duda, repetir la medición tras esperar 1 minuto.

5.10. Registrar la medición (o la media de las mediciones realizadas) en la historia del paciente. No redondear la cifra en 0 ó 5, registre el número preciso. Se registrará el brazo seleccionado (B.D. o B.I.). Si el tamaño del manguito no es adecuado, medir la circunferencia del brazo y aplicar el factor de corrección según la tabla (ver Tabla 1).

6.- CONDICIONES NECESARIAS.

Para efectuar una medición fiable de la tensión arterial, es necesario tener en cuenta las siguientes condiciones:

6.1.- PACIENTE:

- Permanecer sentado como mínimo 15 min. antes de la toma de la Presión Arterial.
- En personas > 65 años, debe realizarse una determinación en bipedestación.
- No debe haber fumado, tomado café ni realizado ejercicio brusco en los 30 min. previos.
- Evitar tomar la Presión Arterial, después de comer.
- No presente distensión de la vejiga urinaria.
- Durante la medición, no debe hablar.
- El brazo debe estar relajado, apoyado y la ropa no debe comprimir.
- Si el paciente presenta arritmias, deben hacerse, al menos, tres medidas y calcular la media.

6.2.- LOCAL:

- La temperatura de la sala debe ser agradable, aproximadamente a 21°C.
- No deben existir ruidos ambientales.

6.3.- ESFINGOMANÓMETRO DE MERCURIO:

- Calibrar y revisar anualmente para asegurarse que:
 - El depósito de mercurio se encuentra lleno
 - La columna de cristal está limpia
 - No hay defectos de las válvulas, obstrucciones, fugas y cierres defectuosos de gomas y conexiones
- La columna de mercurio debe marcar cero cuando no se aplica presión, si no, hay que añadir mercurio.
- El manguito debe tener una anchura equivalente a los dos tercios de la circunferencia del brazo. La longitud del manguito debe ser suficiente para abarcar los dos tercios de la circunferencia del brazo.
- Dimensiones del manguito: Población adulta normal 12 x 33 cm. Obesos 14 x 35 cm.
- El brazal que cubre el manguito debe tener una longitud de unos 60 cm. Para abarcar entre 1 y medio a 2 veces la circunferencia del brazo.
- El sistema de insuflación y la válvula han de estar en buenas condiciones de funcionamiento.

6.4.- ESFINGOMANÓMETRO ANAEROIDE:

- Calibrar y revisar cada 6 meses. Comprobarlo con uno de mercurio (se considera aceptable una desviación de 3 mmHg.).
- Comprobar que la aguja marca 0 mmHg. con el manguito deshinchado.
- Son menos exactos que los de mercurio.

6.5.- LIMPIEZA DEL MATERIAL:

- Limpiar los audífonos del fonendoscopio para evitar transmisión de infecciones entre el personal.
- El manguito de tela puede lavarse con agua y detergentes cuando esté sucio.
- El manguito inflable de goma o caucho puede lavarse también pero utilizando detergentes suaves y secando bien la goma para que no se deteriore.
- Mantenerlo limpio, guardarlo en lugares secos y protegidos del polvo.
- Si se precisa esterilizar, se puede realizar con métodos que empleen temperaturas suaves: formaldehído, óxido de etileno, etc.
- Para el mantenimiento correcto de los manómetros del centro, sería recomendable la asignación de un responsable.

TABLA 1

CIRCUNFERENCIA IDEAL DEL BRAZAL DEPENDIENDO DEL TAMAÑO DEL MANGUITO Y FACTOR DE CORRECCIÓN SEGÚN EL TIPO DE MANGUITO UTILIZADO Y LA CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO

<i>Anchura del manguito (cm.)</i>	<i>12</i>		<i>15</i>		<i>18</i>	
<i>Circunferencia ideal</i>	<i>30</i>		<i>37,5</i>		<i>45</i>	
<i>Límites (cm.)</i>	<i>26-33</i>		<i>33-41</i>		<i>> 41</i>	
<i>Factor de corrección:</i>	<i>T.A.S.</i>	<i>T.A.D.</i>	<i>T.A.S.</i>	<i>T.A.D.</i>	<i>T.A.S.</i>	<i>T.A.D.</i>
<i>Circunferencia del brazo (cm.)</i>						
<i>26</i>	-5	+3	+7	+5	+9	+5
<i>28</i>	-3	+2	+5	+4	+8	+5
<i>30</i>	0	0	+4	+3	+7	+4
<i>32</i>	-2	-1	+3	+2	+6	+4
<i>34</i>	-4	-3	+2	+1	+5	+3
<i>36</i>	-6	-4	0	-1	+5	+3
<i>38</i>	-8	-6	-1	0	+4	+2
<i>40</i>	-10	-7	-2	-1	+3	+1
<i>42</i>	-12	-9	-4	-2	+2	+1
<i>44</i>	-14	-10	-5	-3	+1	0
<i>46</i>	-16	-11	-6	-3	0	0
<i>48</i>	-18	-13	-7	-4	-1	-1
<i>50</i>	-21	-14	-9	-5	-1	-1

T.A.S.: Tensión Arterial Sistólica.

T.A.D.: Tensión Arterial Diastólica.

ANEXO II

GUÍA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO

SIGNOS Y SINTOMATOLOGÍA	
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Visión borrosa, manchas y pérdida de agudeza visual.</i> • <i>Déficit de orientación o de memoria, debilidad, parálisis, déficit de movilidad, habla o sensorio.</i> • <i>Brusca e intensa cefalea, diplopia, ataxia, nistagmo, pupilas pequeñas pero reactivas a la luz.</i> • <i>Disminución de la diuresis (< 30 ml./h.). Alteraciones analíticas (disminución de proteínas séricas, aumento del BUN, creatinina sérica, K, menor aclaramiento de creatinina y aumento del nivel de sodio en orina).</i> • <i>Edemas.</i> • <i>Palpitaciones. Bradicardia (< 55 pp) acompañada de disnea, mareos o pérdida de conocimiento.</i> • <i>Dolor precordial.</i>
EFFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Disminución de la libido.</i> • <i>Impotencia.</i> • <i>Bradicardia.</i> • <i>Edemas.</i> • <i>Mareos.</i>
EXPLORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Presión arterial en el brazo que más elevada esté la T.A. en la primera visita.</i> • <i>Pulso radial cada visita (frecuencia, ritmo y calidad).</i> • <i>Pulsos pedios cada seis meses como mínimo y en cada visita si edemas o trastornos en la circulación periférica.</i> • <i>Peso, talla, IMC, una vez y cada visita si obesidad o sobrepeso.</i>
CONOCIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	
PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE SU ESTADO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Descripción del estado de su salud.</i> • <i>Descripción de sus problemas de salud y cuidados necesarios. Conocimientos y conducta respecto a los mismos.</i> • <i>Seguimiento del tratamiento farmacológico y cuidados.</i> • <i>Actitud de la familia.</i> • <i>Utilización de los servicios sanitarios.</i>
HÁBITOS NOCIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Automedicación.</i> • <i>Consumo de tabaco: n° de cigarrillos día, edad de comienzo del hábito, n° de intentos de dejar de fumar, deseo actual de abandonar el hábito.</i> • <i>Consumo de alcohol: tipo de consumo (diario, fines de semana, solo, acompañado), n° de unidades/gr. Diarios, deseo de obtener ayuda.</i> • <i>Otras drogas: tipo, cantidad y frecuencia de consumo.</i>

NUTICIÓN - METABOLISMO

ENCUESTA DIETÉTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de ingesta (lugar, nº comidas día, de elaboración, apétito, etc.). • Consumo de los diferentes alimentos (cantidad y frecuencia) incidiendo en consumo de sal (productos concentrados, precocinados, etc.), y consumo de grasas saturadas y aporte calórico en personas obesas. • Alimentos restrictivos, intolerancias y preferencias. • Dificultades para tragar, masticar o alimentarse solo.
INGESTA DE LÍQUIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad diaria y tipo de líquidos (leche, estimulantes). • Valorar ingesta diaria en caso de insuficiencia renal.
ELIMINACIÓN	
URINARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia habitual, color, olor y cantidad. • Problemas de periodicidad, urgencia, disuria, retención, incontinencia, goteo, poliuria. • Medidas auxiliares: sondaje, pañales de incontinencia, dispositivos.
INTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Describir frecuencia, color, consistencia, hora habitual. • Problemas de hemorroides, dolor en la defecación, incontinencia. • Dispositivo exterior (si existe), tipo y cuidados (colostomía, etc.). • Uso de medidas auxiliares (laxantes, enemas, supositorios) y frecuencia de utilización.
ACTIVIDAD-DESCANSO	
ACTIVIDAD-EJERCICIO	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de ocio. • Ejercicio físico y deporte según el tipo y la frecuencia semanal. • Nivel de independencia para desarrollar las actividades de la vida cotidiana.
ACTIVIDAD LABORAL	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajos desarrollados anteriormente. • Trabajo actual: profesión, empleado, desempleado, incapacitado. • Limitaciones para el trabajo. • Nº de horas/día de trabajo. • Rotación de turnos. • Riesgo o contaminantes ambientales
SUEÑO / DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño al día. • Problemas para dormir (conciliar el sueño, pesadillas, despertar temprano). • Elementos de ayuda para dormir (tanto medicamentosos como naturales). • Sensación de descanso al levantarse. • Periodos de descanso-relajación durante el día.
AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de situaciones estresantes. • Pérdidas o cambios importantes en los últimos 5 años. • Habilidades utilizadas para afrontar las situaciones estresantes. Sistemas de apoyo a que recurre (ninguno, familia, amigos, relajación, deporte, tabaco, comida, alcohol, etc.). 	

ANEXO III

EFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS

ANTIHIPERTENSIVOS

FÁRMACOS	EFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES
DIURÉTICOS.		
DIURÉTICOS TIAZIDICOS: <i>Altizina</i> <i>Bendroflumetazida</i> <i>Clortalidona</i> <i>Hidroclorotiazida</i> <i>Indapamida</i> <i>Mebutizida</i> <i>Teclotiazida</i> <i>Xipamida</i>	<i>Deshidratación, hipopotasemia, hiperuricemia, intolerancia a la glucosa, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, hiponatremia, disfunción sexual, reacciones de fotosensibilidad, calambres musculares.</i>	<i>Pueden ser ineficaces o poco seguros en la insuficiencia renal.</i> <i>La hipopotasemia aumenta la toxicidad digitalica.</i> <i>La hiperuricemia puede desencadenar un ataque agudo de gota.</i> <i>Pueden aumentar las concentraciones hemáticas de litio.</i>
DIURÉTICOS DEL ASA: <i>Bumetanida</i> <i>Furosemida</i> <i>Piretanida</i> <i>Tovaseמיד</i>	<i>Igual que para las tiazidas.</i>	<i>Hiponatremia especialmente en ancianos.</i> <i>Aunque es muy raro, pueden provocar discrasias hemáticas y ototoxicidad.</i>
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO: <i>Amilorida</i> <i>Espironolactona.....</i> <i>Tiramereno</i>	<i>Hipopotasemia y alteraciones gastrointestinales.</i> <i>Erupciones y cefalea.</i> <i>Hiponatremia, ginecomastia, mastodinia, alt. menstruales.</i> <i>Litiasis renal.</i>	<i>Peligro de hiperpotasemia en pacientes con insuficiencia renal y en pacientes tratados con IECA o AINEs.</i>
HIPOSENSORES DE ACCIÓN CENTRAL <i>Alfagonistas</i> <i>Clonidina</i> <i>Metildopa</i> <i>Moxonidina</i>	<i>Sedación, boca seca, bradicardia.</i> <i>Bloqueo cardíaco.</i> <i>Bloqueo cardíaco. Trastornos hepáticos y de autoinmunidad. Hipotensión ortostática.</i> <i>Cansancio, hipoglucemia.</i>	<i>Para todo el grupo:</i> <i>1.- Puede producirse una hipertensión tras una suspensión brusca (efecto rebote).</i> <i>2.- Precaución en pacientes con depresión, insuficiencia coronaria, cardíaca y renal.</i> <i>Puede causar lesión hepática, prueba de Coombs positiva. Se aconsejan recuentos sanguíneos y control hepático al inicio.</i>

FÁRMACOS	EFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES
ANTAGONISTAS DE LAS NEURONAS PERIFÉRICAS. <i>Reserpina</i>	Congestión nasal, sedación bradycardia, alteraciones gastrointestinales, pesadillas.	Contraindicado en pacientes con depresión. Precaución en pacientes con úlcera péptica, colitis ulcerosa, parkinson.
ALFABLOQUEANTES. <i>Doxazosina</i> <i>Prazosina</i> □ <i>Terazosina</i> □ <i>Urapidilo</i>	Hipotensión (incluso síncope) con la primera dosis, mareos, vértigos, palpitaciones, cefalea, debilidad, somnolencia, efectos anticolinérgicos.	La hipotensión ortostática aparece en general con la primera toma (fenómeno de 1ª dosis) pero también puede ocurrir tras un aumento de dosis o tras un período de interrupción del tratamiento. Sobre esto debe advertirse al paciente. La doxazosina produce menor hipotensión con la primera dosis.
BETABLOQUEANTES. <i>Acebutolol</i> <i>Atenolol</i> <i>Betaxolol</i> <i>Bisoprolol</i> <i>Carbetolol</i> <i>Celiprolol</i> <i>Esmolol</i> <i>Metoprolol</i> <i>Nadolol</i> <i>Nebivolol</i> <i>Oxprenolol</i> <i>Propranolol</i> <i>Sotalol</i> □ <i>Timolol</i> □	Broncoespasmo, bradicardia, insuficiencia cardíaca, pueden enmascarar los síntomas de una hipoglucemia, pueden empeorar la insuficiencia arterial periférica. Menos graves: insomnio, pesadillas, fatiga, tolerancia al ejercicio disminuida, depresión, impotencia, hipertrigliceridemia ¹ , fenómeno de Raynaud.	No deben utilizarse en pacientes con asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bloqueo cardíaco (superior al primer grado), síndrome del nodo sinusal enfermo. La interrupción brusca puede provocar un empeoramiento de la angina e infarto de miocardio. Han de usarse con precaución en diabéticos, pacientes con enfermedad vascular periférica y en pacientes con depresión. Pueden enmascarar los síntomas de taquicardia en una hipoglucemia y en el hipertiroidismo.
ALFA Y BETA BLOQUEANTES.	Parecidos a los β-bloqueantes pero provocan más hipotensión ortostática.	Las mismas complicaciones que los β-bloqueantes.
<i>Carvedilol</i>	Cefalea, cansancio, somnolencia.	
<i>Labetalol</i>	Molestias digestivas, hepatitis, retención urinaria.	Precaución en los pacientes con hepatopatías.

¹ Este principio activo solo se encuentra en especialidades para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.

² Este principio activo se encuentra disponible en preparados antiglaucoma.

³ Los © bloqueantes que afectan poco o nada a los lípidos plasmáticos son: atenolol, carvedilol, celiprolol, labetalol, pintoalol.

FÁRMACOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES
VASODILATADORES DIRECTOS.		
	<i>Cefalea, retención de líquidos, taquicardia.</i>	<i>Pueden desencadenar una angina de pecho en pacientes con una enfermedad arterial coronaria.</i>
<i>Hidralazina</i>	<i>Síndrome lupoide, hepatitis.</i>	<i>En ancianos con insuficiencia renal la hidralazina puede aumentar el riesgo de lupus eritematoso sistémico.</i>
<i>Minoxidilo</i>	<i>Hipertrichosis.</i>	
INHIBIDORES DE LA ECA.		
<i>Benazeprilo Captoprilo Cilazapril Enalapril Espirapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril</i>	<i>Comunes: tos. Raros: angioedema, hiperpotasemia, ageusia, rash cutáneo, leucopenia y otras discrasias sanguíneas.</i>	<i>En pacientes con estenosis renal bilateral están contraindicados ya que pueden producir insuficiencia renal aguda. Puede producirse hipotensión o hipovolemia especialmente al asociarlos con diuréticos. Hiperpotasemia si se asocian con diuréticos ahorradores de potasio. Puede aparecer neutropenia cuando existen trastornos autoinmunitarios del colágeno. Puede disminuir la excreción renal de litio.</i>
ANTAGONISTAS DEL CALCIO.		
NO DIHIDROPIRIDINAS: <i>Diltiazem Verapamilo</i>	<i>Depresión, mareos, cefalea, edemas, empeoramiento de la disfunción sistólica, bradicardia hiperplasia gingival y estreñimiento (especialmente el verapamilo).</i>	<i>Utilizar con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, pueden agravar el bloqueo cardíaco.</i>
DIHIDROPIRIDINAS: <i>Amlodipino Felodipino Isradipino Lacidipino Lercanidipino Nifedipino, Nicardipino, Nitrendipino, Nimodipino</i>	<i>Edema maleolar (más que con verapamilo y diltiazem), rubor, cefalea, hipertrofia gingival, mareos, taquicardia, erupciones.</i>	<i>Precaución en insuficiencia cardíaca. Se recomiendan los preparados de acción prolongada y no se aconseja el uso de dihidropiridinas de acción corta ya que estos parecen asociarse a un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (IAM).</i>
BLOQUEANTES DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II.		
<i>Candesartán Ibesartán Losartán Teimisartán Valsartán</i>	<i>Astenia, mareos, cefaleas, hiperpotasemia, angioedema (muy raro).</i>	

ANEXO IV

DIETA BAJA EN SODIO

1.- ADVERTENCIAS GENERALES.

- 1.1.- Al preparar sus alimentos utilice la mínima cantidad de sal posible. No utilice sal común en la mesa, evite poner el salero.*
- 1.2.- Le recomendamos consuma productos frescos, preparados sin sal. Evite las salsas, conservantes, edulcorantes, comidas congeladas, precocinadas y enlatadas.*
- 1.3.- Puede tomar verduras frescas y congeladas de mediano contenido en sal. Evite las enlatadas.*
- 1.4.- Para comer y cenar puede tomar todo el pescado y carne que desee.*
- 1.5.- Es importante que lea las etiquetas de los alimentos que compre. En el mercado existen cada día más productos con poco sodio.*
- 1.6.- Puede sustituir la sal en la preparación de los alimentos por hierbas aromáticas, especias, por ejemplo: ajo, cebolla, tomillo, menta, orégano, comino, laurel, nuez moscada, azafrán, romero, etc...*

1.7.- ALIMENTOS NO RECOMENDADOS:

- *Materias grasas en condimentos.*
- *Alcaparras, margarina, mostaza común, grasa animal salada, pepinillos en conserva, levadura química, salsas preparadas, tomate en conserva, preparado, extracto de tomate o en salsa, Ketchup, aceitunas y variantes.*
- *Biscochos secos, compota, postres y pastelería de comercio, frutos secos salados.*
- *Vegetales, legumbres o frutas en conserva.*
- *Crustáceos. Moluscos y conchas. Pescados en conserva.*
- *Menudos. Embutidos, jamón serrano y tocino. Jamón York, salchichas de Frankfurt, hamburguesas, extracto de carne, carne seca, curada, en conserva. Salchichas.*
- *Huevos, leche y derivados, pan con moderación.*
- *Nata, mantequilla salada, queso en crema duro o blando.*
- *Sopas de lata, en polvo, caldo de cubitos.*
- *Galletas (sobre todo las saladas). Pizza, empanadas, patatas fritas, tortilla de patata con sal.*
- *Aperitivos preparados, palomitas de maíz.*
- *Agua mineral rica en sodio.*

ANEXO V

EDUCACIÓN SANITARIA A GRUPOS DE HIPERTENSOS

1.- OBJETIVO.

- 1.1.- Aumentar el nivel de conocimiento sobre la H.T.A. y cambiar actitudes, y más a largo plazo, comportamientos saludables del enfermo y familiares.*

2.- CONTENIDOS.

- 2.1.- Qué es la H.T.A., cómo se produce y cuáles son sus manifestaciones.*
- 2.2.- Las complicaciones de una H.T.A. no controlada y la necesidad de una adecuada cumplimentación del tratamiento y medidas higiénico-dietéticas.*
- 2.3.- Situaciones que hacen variar la T.A.*
- 2.4.- Tipos de medicación que existen para el control de la H.T.A. y su correcta cumplimentación.*
- 2.5.- Hábitos de vida: alimentación adecuada, ejercicio físico, control de estrés.*

3.- METODOLOGÍA.

- 3.1.- Formar grupos de hipertensos y sus familiares según las siguientes características:*
 - 3.1.1.- Tabaquismo, alcoholismo, exceso de peso, estrés.*
 - 3.1.2.- Mala cumplimentación farmacológica.*
 - 3.1.3.- Pacientes para aprender autocontrol*
- 3.2.- Los grupos serán lo más homogéneos posible, teniendo en cuenta los problemas personales, la edad, el nivel de instrucción y las motivaciones.*
- 3.3.- El número ideal será de 8-12 personas.*
- 3.4.- Se deberá determinar el número de sesiones, la duración y la periodicidad de las mismas, teniendo en cuenta los intereses de los pacientes.*
- 3.5.- Cada sesión deberá estar estructurada:*
 - 3.5.1.- Información empleando material de apoyo (transparencias, diapositivas, vídeo, etc.).*
 - 3.5.2.- Demostraciones prácticas (técnica de tomar la PA., elaboración de menús, ejercicio físico, de relajación).*
 - 3.5.3.- Coloquio sobre el tema tratado y aclarando dudas y actitudes erróneas.*
- 3.6.- Habrá que disponer de un local adecuado y favorecer la comunicación, participación y las relaciones interpersonales del grupo.*

4.- EVALUACIÓN.

4.1.- Guía de valoración de conocimientos, actitudes y comportamiento a realizar antes de comenzar la actividad y en consultas programadas posteriores a la actividad:

<i>¿Toma correctamente el tratamiento? (horas)</i>	
<i>¿Hay abandono o modificación del tratamiento por normalización de las cifras de T.A.?</i>	
<i>¿Qué hace ante una cefalea?:</i> a) <i>Toma otra pastilla para la T.A.</i> b) <i>Toma un analgésico</i> c) <i>Se aguanta el dolor y acude al médico</i>	
<i>¿Hay abandono del tratamiento por supuestos efectos indeseados?</i>	
<i>¿Demanda tomas de cifra de T.A. entre cada control?</i>	
<i>¿Achaca cualquier síntoma o patología a la H.T.A?</i>	
<i>¿En la situación anterior como actúa?:</i> a) <i>Acude a consulta médica</i> b) <i>Acude a urgencias</i> c) <i>Automedica</i>	
<i>¿Conoce qué alimentos debe tomar?</i>	
<i>¿Sabe distinguir los síntomas de una crisis de H.T.A.?. ¿Explica correctamente los síntomas?</i>	
<i>¿Conoce el nombre de la medicación que toma?</i>	
<i>¿Conoce los efectos adversos de la medicación?</i>	
<i>¿Identifica la consulta de enfermería como un lugar donde se recoge información?</i>	
<i>¿Sabe qué es la H.T.A. y sus complicaciones?</i>	
<i>¿Conoce la importancia de la cumplimentación del tratamiento y las medidas higiénico-dietéticas?</i>	
<i>Realiza ejercicio periódico adecuado a sus características personales</i>	

**4.2.- Satisfacción: se pasará encuesta de satisfacción al finalizar las sesiones:
(Señalar con un círculo la respuesta)**

¿Considera que las charlas han sido útiles?

- a) Mucho
- b) Bastante
- c) Poco
- d) Nada
- e) No sabe/No contesta

¿Ha sido suficiente la información recibida?

- a) Mucho
- b) Bastante
- c) Poco
- d) Nada
- e) No sabe/No contesta

¿Cómo cree que conoce su enfermedad?

- a) Mucho
- b) Bastante
- c) Poco
- d) Nada
- e) No sabe/No contesta

¿Cómo se han cumplido sus expectativas respecto al curso?

- a) Mucho
- b) Bastante
- c) Poco
- d) Nada
- e) No sabe/No contesta

¿Ha entendido las explicaciones del educador?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Ninguna
- e) No sabe/No contesta

¿Que le parecen las condiciones del local?

- a) Muy buenas
- b) Buenas
- c) Regulares
- d) Malas
- e) No sabe/No contesta

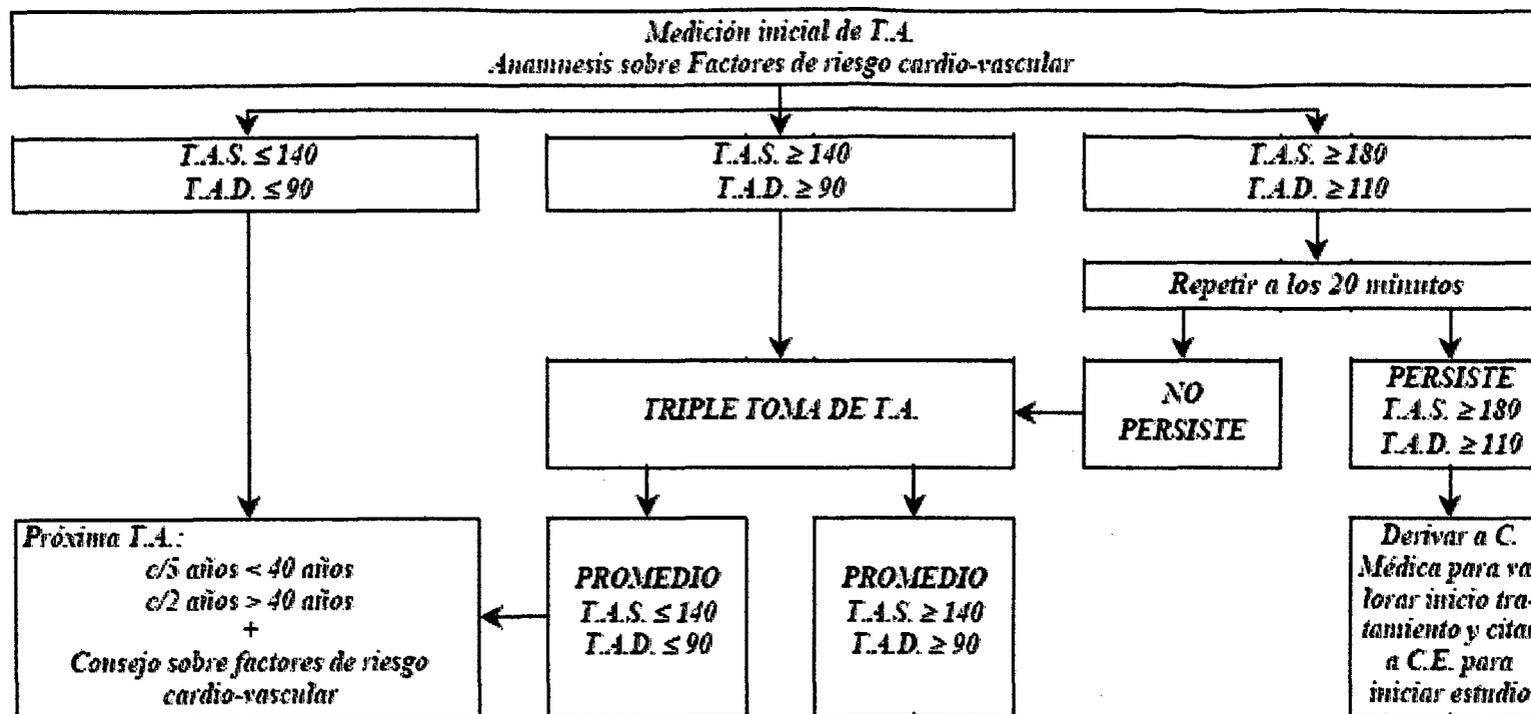
¿Que le parece el material utilizado?

- a) Muy bueno
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo
- e) No sabe/No contesta

Si desea añadir algo que no esté incluido en las preguntas anteriores, hágalo aquí:

ANEXO VI ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE H.T.A.

1.- EN EL DESPISTAJE.



2.- EN EL ESTUDIO INICIAL.

- 2.1.- Recoger antecedentes familiares y personales
- 2.2.- Peso, talla e I.M.C.
- 2.3.- Solicitar analítica básica y realizar E.C.G.
- 2.4.- E.P.S. medidas higiénico-dietéticas, ejercicio físico y riesgo-vascular
- 2.5.- Cita a C. Médica cuando estén previstos resultados para finalizar estudio inicial
- 2.6.- Cita a C.E. después de la C. Médica para inicial plan de cuidados y seguimiento

3.- EN EL SEGUIMIENTO.

<p>Criterios de seguimiento en Consulta de Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Cada 15-30 días inicialmente y cifras T.A. no controlada ⇒ Cada 3 meses H.T.A. con ito. farmacológico y cifras T.A. controlada ⇒ Cada 6 meses H.T.A. sin ito. farmacológico y cifras T.A. controlada
<p>Criterios de derivación a Consulta Médica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Cifras de T.A. elevadas en tres visitas sucesivas ⇒ Síntomas de repercusión visceral ⇒ Efectos adversos al tratamiento ⇒ Crisis hipertensiva ⇒ Revisión anual con previa petición analítica y realización E.C.G.
<p>Problemas más frecuentes en el Hipertenso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sintomatología de repercusión visceral (hemorragia retinal, A.C.V., insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, L.A.M.) ⇒ Efectos adversos al tratamiento farmacológico (edemas, mareos, bradicardia, impotencia, disminución de la libido, ...) ⇒ Desconocimiento de la enfermedad ⇒ Hábitos tóxicos: tabaco y/o alcohol ⇒ Nutricionales (por exceso calórico, dieta desequilibrada, exceso Na) ⇒ Sedentarismo ⇒ Incumplimiento del tratamiento y/o medidas higiénico-dietéticas ⇒ Falta de adaptación a su enfermedad ⇒ Otros (estreñimiento, trans. sueño)
<p>Plan de cuidados estandarizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Explicar el objetivo de la consulta de enfermería, el funcionamiento de los servicios sanitarios y la coordinación con la consulta médica ⇒ Crear un clima de confianza escuchando al paciente cuando quiera exponer los aspectos más personales e íntimos y permitiendo la libre expresión de sentimientos y dudas ⇒ Partir de las necesidades expresadas o sentidas por los pacientes para iniciar las actividades de educación ⇒ Facilitar el conocimiento, localización y acceso a instituciones y recursos comunitarios, si son necesarios ⇒ Explicar, en términos sencillos y claros, qué es la H.T.A., factores que influyen, complicaciones y la importancia del control de la tensión arterial ⇒ Explicar la dieta específica, los alimentos indeseados, aconsejados y alimentos ricos en Sodio ⇒ Ejercicio físico adecuado y la relación entre ejercicio y el mantenimiento de la salud ⇒ Explicar las medidas que influyen en el control de la H.T.A.: cumplimentación del tratamiento farmacológico, reducción del peso, abandono del hábito tabáquico (fumadores), disminución del consumo de alcohol (bebedor excesivo), control del stress ⇒ Enseñar las pautas para realizar ejercicios específicos de relajación ⇒ Explicar la dosis, horarios, diferenciación de otros medicamentos, efectos indeseables e importancia de la cumplimentación farmacológica ⇒ Explicar técnicas de autocontrol de la T.A., previa selección de los individuos y/o familias que lo precisen ⇒ Explicar, si precisa, otros tipos de cuidados según los problemas individuales detectados ⇒ Reforzar positivamente los logros conseguidos
<p>Criterios de resultado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ T.A. controlada: promedio de T.A.S. ≤ 140 y T.A.D. ≤ 90 en el último año ⇒ Correcta cumplimentación farmacológica ⇒ Modificación de hábitos: ausencia de hábito tabáquico como mínimo

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de Hipertensión Arterial. **Área 3 de Atención Primaria** de Zaragoza. Insalud. 2005.
2. Protocolo de Atención de Enfermería al Paciente Hipertenso. **Área 3 de Atención Primaria** de Zaragoza. Insalud. 2005.
3. **A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez.** Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica. Hipertensión Arterial pp 463-483. 3ª edición. Mosby. Madrid. 2004.
4. **Harrison.** Principios de Medicina Interna. Vasculopatía Hipertensiva pp1286-303. Interamericana McGraw Hill. 13ª edición. Madrid. 2004.
5. Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. Sexto informe de Joint National Committee. **National Institutes of health, Lang and Blood Institute.** 2003.
6. **Coca, A. Sierra.** Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso.
7. **Kaplan.** Tratamiento de H.T.A. 7ª Ed. EMIS, Inc Medical Publishers. 1998.
8. **J.L. Carpenito.** Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Hipertensión arterial pp 78-83. Interamericana McGraw Hill. 1ª edición. Madrid. 2002.

Entrevista
Expertos en hipertensión arterial, Estilos de vida

A continuación le formulamos un conjunto de preguntas las cuales darán respaldo científico a la presente investigación **"EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS 2007 – 2008**, se les agradece contestar de manera precisa en los puntos suspensivos.

Nombre, apellidos.....
Especialidad.....

1. *¿Ud. como experto como define la Hipertensión arterial en el adulto mayor y cuál es el porcentaje?*
.....
.....
.....

2. *¿Cuál es su opinión respecto a la baja frecuencia del control de HTA?*
.....
.....

3. *¿Considera que las charlas educativas son útiles para cambiar los estilos de vida del paciente hipertenso?*
.....
.....

4. *¿Ud. cree que es importante que el paciente conozca su enfermedad y los riesgos?*
.....
.....

5. *¿Con respecto a las actividades educativas aplicadas en el paciente Hipertenso, generaran cambios en ellos?*
.....
.....

6. *Cuál sería el mejor régimen, respecto a los cambios de estilo de vida, que debería aplicarse en el adulto mayor con HTA?*
.....
.....

7. *¿Cómo debe ser la alimentación de un paciente hipertenso?*

8. *¿Qué cantidad de grasas saturadas debe consumir un paciente Hipertenso?*

9. *La obesidad, ¿En qué medida repercute en la Hipertensión arterial?*

10. *¿Por qué a partir de los 55 años las personas están más propensas a ser hipertensos?*

11. *¿Cuál es debería ser la cantidad adecuada de consumo de sal en el paciente adulto hipertenso?*

12. *¿Cómo va repercutir el consumo de inadecuado de alimentos con alto contenido de sal en el paciente?*
13. *¿Qué tipo de actividad física de rutina recomienda al paciente con HTA?*

14. *¿Cómo va afectar el estrés en los cambios de las cifras de presión Arterial?*

15. *¿Ud. cree que el baile va provocar cambios en la presión arterial del paciente y cuanto tiempo debe hacerlo?*

GLOSARIO

1. ACV : Accidente Cerebro Vascular
2. PA : Presión Arterial
3. HTA : Hipertensión Arterial
4. HDL : Lipoproteína de alta densidad
5. LDL : Lipoproteína de baja densidad
6. JNC VIII : Joint National Committee
7. OMS : Organización Mundial de la Salud
8. OPS : Organización Panamericana de Salud