



Universidad Nacional del Nordeste  
Carrera de Licenciatura en Enfermería  
Cátedra: Metodología de la Investigación en Enfermería

### **Trabajo Final de Investigación**

“Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”.

Autor: Ojeda, Nerina Aldana

Corrientes, Octubre de 2020



Título del Trabajo:

“Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019.”

Autor: Ojeda, Nerina Aldana

Calificación:

Lugar y fecha: Corrientes noviembre 2020

Firma de Docentes:



La abajo firmante:

Ojeda Nerina Aldana DNI

Autorizo a que la investigación titulada:

“Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”

Se disponga por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, para ser consultado en la Biblioteca de la misma, sin que ello genere reclamo alguno de mi/nuestra parte.-----

----- A tal efecto suscribo lo manifestado ut supra.-----

Firma y aclaración:



Asesor de Contenido: Lic. Rodríguez, Diego

Cargo que desempeña: Jefe de Área de Consultorio Externo

Institución en que trabaja:

Firma y sello

Asesor Metodológico: Licenciada Sánchez, Lucia Inés

Cátedra a la que pertenece: Metodología de la Investigación en Enfermería

Cargo que desempeña: Docente

Firma y sello:



Autor:

Ojeda, Nerina Aldana

Documento de identidad:

Título profesional: Enfermera Profesional

Lugar de trabajo:

Función o puesto que desempeña: Enfermera Operativa del Servicio de Quirófano

Domicilio particular

Correo electrónico: [Neryna\\_ojeda@hotmail.com](mailto:Neryna_ojeda@hotmail.com)



## INDICE

Contenido	Paginas.
1. Título de la investigación	7
2. Planteamiento del Problema	8
3. Justificación	10
4. Objetivos de la Investigación	11
5. Marco Referencial	12
6. Diseño Metodológico	23
7. Operacionalización de variables	24
8. Instrumento de recolección de datos	30
9. Contexto, población y muestra	31
10. Autorizaciones para acceder a la población y vales ético	33
11. Resultados de la Investigación	34
12. Discusión	42
13. Conclusión	45
. Resumen de la Investigación	47
15. Referencias Bibliográficas	49
16. Anexos	52



## 1. TITULO DE LA INVESTIGACION

“Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### a. Tema: Hipertensión Arterial

Subtema: Características de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

### b. Situación problemática y planteamiento del problema

El corazón es el órgano encargado de bombear la sangre oxigenada a través de las arterias hacia todo el cuerpo. Al avanzar, la sangre ejerce una presión contra las paredes de las arterias, que se mide como presión arterial.

La hipertensión arterial se define por la detección de promedios de la presión arterial sistólica (máxima) y/o diastólica (mínima) por encima de los límites establecidos como normales para los registros obtenidos en el consultorio. Dicho límite es de 140 mmHg para la sistólica y de 90 mmHg para la diastólica.

La presión arterial sistólica o máxima es la fuerza ejercida por la sangre sobre las arterias cuando el corazón se contrae. La presión arterial diastólica refleja la presión existente en las arterias cuando el corazón está en reposo, entre los latidos cardíacos.

Es fundamental señalar que la hipertensión arterial es una enfermedad controlable, que disminuye la calidad y la expectativa de vida puesto que aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La modificación del estilo de vida y el tratamiento con medicación específica permiten controlar la hipertensión arterial.

Entre los principales factores de riesgo se puede numerar: la edad sexo, antecedentes familiares, obesidad, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, estrés, elevada ingesta de sodio (sal), algunos anticonceptivos (especialmente, cuando la mujer fuma).

El control de la presión es una condición absolutamente necesaria para reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos.

Mientras mayor sea el riesgo de estos pacientes, más esfuerzos se deben hacer para reducir la presión, porque es más difícil conseguir un resultado, debido a las lesiones estructurales propias del alto riesgo cardiovascular.

La estrategia siempre debe acompañarse de la reducción de los otros factores de riesgo cardiovascular, desde una perspectiva de control integral de dicho riesgo.

### c. Objeto de Estudio:

Adultos con Hipertensión Arterial





d. Enunciado del Problema:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de Clínica Médica y Cardiología de un hospital público en el año 2019?



### 3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos 30 años las modificaciones en los estilos de vida, alimentación, hábitos de consumo, aumento de horas de trabajo y disminución de la actividad física por la facilidad en la movilidad han generado un dramático impacto en la salud de la población adulta de todo el planeta. Un enemigo silencioso que acecha y causa estragos por las terribles secuelas y mortalidad si no es detectada y tratada en etapas tempranas.

Su rápida expansión y altos costos vitales en una población adulta activa enferma focalizaron a la hipertensión arterial en el centro de la escena de la organización mundial de la salud, naciones y entes gubernamentales, así como de la industria farmacéutica. De esta forma el hecho de dilucidar e intervenir en la multicausalidad de su génesis aportó la piedra angular para cambiar el destino de generaciones. La morbimortalidad de una patología librada a su evolución natural fue abruptamente interrumpida por las nuevas terapias farmacológicas, el descubrimiento de las vías neuro-humorales, la alimentación con macronutrientes, la promoción de la actividad física, y la concientización sobre hábitos tóxicos como el tabaco.

La demanda en la asistencia de la salud pública versus la mejoría de la calidad de vida y su expectativa centraron los esfuerzos en el desarrollo de una atención a distintos niveles de esta enfermedad y todos los factores implicados en desencadenarla.



#### 4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

-Describir las características sociodemográficas y los hábitos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron en el Consultorio Externo de Clínica Médica y Cardiología de un Hospital Público.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la población compuesta por edad, sexo, índice de masa corporal, antecedentes familiares.
- Describir las características de hábitos de vidas saludables y perjudiciales para la salud.



## 5. MARCO REFERENCIAL

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable que, junto al tabaquismo y la hipercolesterolemia, contribuye a la mortalidad mundial.<sup>1</sup>

Es un trastorno frecuente, crónico y relacionado con la edad, que a menudo conlleva complicaciones cardiovasculares y renales debilitantes.<sup>2</sup>

Su frecuencia aumenta de manera exponencial con la edad, a partir de los cincuenta años, lo cual, unido al aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, hace que se convierta en un problema sanitario de primera magnitud. Su estrecha relación con las enfermedades cardiovasculares, primera causa de mortalidad en dichos países, ha sido demostrada, así como la disminución de la morbimortalidad con un adecuado control, en estudios de intervención.<sup>3</sup>

A pesar de ser una entidad clínica ampliamente prevalente, estudiada y conocida, la hipertensión es aún hoy una fuente inagotable de controversias, dudas e incógnitas. La primera de estas incertidumbres surge cuando intentamos definir qué es la Hipertensión arterial y quién es hipertenso. En todo el mundo se utiliza la medición con un esfigomanómetro en el antebrazo del paciente, aun sabiendo que es un control indirecto y con criterios de valores sistólicos y diastólicos que no son iguales a la presión media arterial verdadera. Sin embargo, dada la simpleza de este método y de la normatización con que se realiza, es sin duda un elemento insustituible de la práctica cotidiana.<sup>4</sup>

El primer elemento que afecta la validez y confiabilidad de la medición de la tensión arterial, es su carácter puntual. El día tiene 1 440 minutos y la toma de TA se realiza en menos de un minuto. Con frecuencia se promedian resultados de varias tomas, pero incluso con esa maniobra no pueden considerarse un muestreo representativo de los niveles de 24 horas. Los criterios para el diagnóstico señalan la necesidad de que el paciente se encuentre en condiciones de reposo o basales, pero la vida real es muy dinámica y la respuesta hipertensiva al estrés y a la actividad física tienen valor como factor de riesgo. La tensión arterial tiene ritmos circadianos, semanales, mensuales, anuales, por etapas de la vida y por generaciones dada su relación con las dietas, el estrés, la actividad física, el ciclo menstrual, el ciclo sueño vigilia.<sup>5</sup>

Cuando se evalúa a un presunto hipertenso se debe considerar varios aspectos, ¿Es el paciente realmente hipertenso? Es un error frecuente diagnosticar hipertensión por un único y aislado control tensional, con cifras que superen las consideradas normales. Es



probable que se trate de HTA de consultorio, o “guardapolvo blanco”. Excepto en situaciones donde los valores son claros y peligrosamente elevados, lo correcto es controlar al paciente dos o más veces, en distintas consultas, midiendo la presión en ambos brazos, en distintas posiciones, separadas por varios minutos y promediar los resultados. Usualmente el valor más alto lo aporta la primera medición. Además de la medición de la presión arterial de consultorio, es de enorme utilidad para el correcto diagnóstico de HTA, así como para descartar HTA de consultorio u oculta, utilizar recursos como la medición de la presión arterial fuera de consultorio.

Considerando que alrededor del 90% de los hipertensos son esenciales, por una simple probabilidad estaremos mucho más frecuentemente frente a una HTA esencial que a una secundaria. Tal vez no existan claves para identificar con total seguridad a estos últimos pacientes, pero siempre deberán tenerse en cuenta algunos elementos, como la edad precoz de aparición de HTA, descenso de la presión diastólica en el momento que el paciente se incorpora, hallazgos físicos, como soplos abdominales, facies cushingoide, trastornos electrolíticos, crisis de palpitaciones, taquicardia y sudoración, estrías cutáneas, etc. En otros casos, el establecimiento de HTA en forma brusca, o con valores muy elevados, o bien la refractariedad a la normalización tensional pese a un adecuado tratamiento, permiten sospechar una causa secundaria oculta. Más raramente, cuando se detecten en los antecedentes familiares algunas patologías con base genética y/o transmisión hereditaria o familiar, deberá considerarse la posibilidad de HTA secundaria. En Argentina, según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), alrededor de un tercio de los adultos que refirieron haberse controlado la presión arterial fueron diagnosticados con presión arterial elevada. Un porcentaje significativo de este grupo manifiesta no recibir tratamiento. Existen factores de riesgo que predisponen a los individuos a presentar HTA algunos, como la edad o el género no son modificables, pero otros, como el consumo de tabaco, el sobrepeso y la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, y sal, el sedentarismo y la exposición a un estrés permanente, lo son.<sup>6</sup>

Los problemas diagnósticos y terapéuticos están íntimamente relacionados con su control ya que el incremento de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares -que son las grandes causas de muerte en el mundo civilizado- dependen de él y la HTA a su vez intervienen en la patogénesis de ambas afecciones y de la insuficiencia renal. Por lo tanto, no caben dudas que la HTA es uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea y su control es la piedra angular sobre la que hay que actuar



para disminuir la morbilidad y la mortalidad. A pesar de los progresos obtenidos en la detección y el tratamiento de la HTA, su prevalencia continúa elevada en la población urbana y rural la cual alcanzó el 33,3 % y el 15 % respectivamente, en la última encuesta nacional.<sup>7</sup>

En países con culturas diversas y con diferente desarrollo socioeconómico muestran una consistente relación entre edad y presión arterial. En general, la presión sistólica tiende a aumentar progresivamente desde la niñez, adolescencia y edad adulta hasta alcanzar un valor alrededor de 140 mmHg en la séptima u octava década. La diastólica también tiende a aumentar con la edad, pero con una tasa de crecimiento menor que la sistólica, e incluso tiende a estabilizarse después de la quinta década. Esto no ocurre así en todas las poblaciones, lo cual indica que el aumento de la presión arterial con la edad no es una necesidad biológica. Otro aspecto interesante es que las personas procedentes de países subdesarrollados adquieren una predisposición a aumentar la presión arterial con la edad cuando adoptan el estilo de vida occidental. Los cambios en la dieta parecen jugar un importante papel.

En la primera niñez parece no haber diferencias en los niveles tensionales entre sexos, pero a partir de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres, esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad, un poco más tarde (hacia los 50-60 años) este patrón se invierte, este cambio refleja al menos parcialmente la muerte prematura de los hombres con presión arterial más alta, aunque los hombres hipertensos tienen más eventos cardiovasculares que las mujeres hipertensas a cualquier edad, el riesgo atribuible porcentual, es decir, la proporción de eventos que es debida a la hipertensión es similar o más alta en las mujeres. La incidencia de nuevos casos de hipertensión es comparable entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad.

La hipertensión es una de las enfermedades que se asocia con la obesidad. El exceso de peso y el aumento de peso promueven hipertensión y la pérdida de peso reduce la presión arterial.

La HTA afecta a hombres con sobrepeso, mientras que en mujeres llega a ser más prevalente cuando alcanzan el rango de obesidad. Considerando el total de la población se observó un aumento proporcional de la prevalencia de HTA a medida que aumenta el IMC (14,1 %, 37,2% y 47,1 %), para normopeso, sobrepeso y obesidad respectivamente. La presencia de dislipidemia aterogénica es 4 veces mayor en sujetos con sobrepeso (29,3 %) y obesidad (31,3 %) con respecto a los sujetos con peso normal (7,7%). No se



encontraron diferencias en la prevalencia de dislipidemia aterogénica entre los grupos con sobrepeso y obesidad en ambos sexos. Es decir, al igual que la HTA en hombres, la dislipidemia aterogénica se hace más prevalente en sujetos con  $IMC > 25$ .<sup>8</sup>

El riesgo de hipertensión aumenta progresivamente al aumentar el peso corporal o el Índice de Masa Corporal (IMC). De forma consistente en numerosos estudios incluyendo el Intersat<sup>9</sup> estudio transversal realizado en 52 poblaciones diferentes de todo el mundo. En el estudio Framingham<sup>9</sup>, 70% de la hipertensión en los hombres y 61% en las mujeres, es atribuible a la obesidad. En el Nurses' Health Study<sup>9</sup>, estudio en el que fueron seguidas durante 16 años 82.473 mujeres, se observó que el riesgo relativo (RR) de hipertensión aumentó sustancialmente cuando aumentaba el IMC. Un aumento de 1 kg en el IMC se asoció con un 12% de aumento en el riesgo de hipertensión. Comparado con un IMC menor de 20 kg, el RR de hipertensión aumentó a 2,55 para un IMC de 25 y a 6,31 para un IMC mayor de 31, no está completamente claro si hay un «umbral» por debajo del cual no exista relación entre IMC y presión arterial; esta correlación se ha observado incluso en poblaciones muy delgadas, sin embargo, se ha observado un umbral a los 21 Kg para las mujeres, pero no para los hombres.

El aumento de peso es un fuerte predictor de aumento en la presión arterial. En el estudio Framingham se observó un aumento medio de 4,5 mmHg por cada 5 kg. (10 libras) de aumento de peso. En el Nurses' Health Study<sup>9</sup> el riesgo de hipertensión se multiplicaba por 5 en las mujeres que habían aumentado 25Kg. a partir de los 18 años. Incluso pequeños aumentos de peso se asocian con riesgos aumentados; las mujeres que aumentaron 2,1-4,9 kg después de los 18 años tenían un 29% más de riesgo, y las que aumentaron entre 5 y 9,9 Kg tuvieron un 74% de aumento de riesgo. De la misma forma, la pérdida de peso en las personas obesas o con sobrepeso reduce la presión arterial y la incidencia de hipertensión. Se han observado disminuciones de 0,5 a 1 mmHg por cada Kg. de pérdida de peso. Estos efectos se han observado tanto si la intervención ha sido con fármacos como si ha sido con medidas no farmacológicas. Un ensayo aleatorizado y controlado con una intervención basada en dieta, ejercicio o una combinación de ambos o grupo control, mostró una reducción de peso acompañada de reducción en la presión arterial significativamente mayor en los grupos de intervención a los 6 meses. La reducción de presión arterial sistólica fue superior en los sujetos del grupo de dieta y ejercicio.<sup>9</sup>



Pérdidas de peso relativamente pequeñas, del orden del 5 o el 10% del peso inicial pueden producir una disminución de la presión arterial y una reducción en el riesgo de desarrollar hipertensión. Esto tiene una gran importancia para la prevención y el tratamiento de la hipertensión.<sup>9</sup>

La hipertensión arterial (HTA) es también un gran problema de salud pública mundial. Se calcula que aproximadamente 970 millones de personas en todo el mundo la padecen. La incidencia es similar entre ambos sexos. Se ha descrito un mayor riesgo de HTA en la raza afroamericana, seguida de la raza caucásica. Los valores de presión arterial se incrementan con la edad, siendo de esta manera la HTA más común en las personas ancianas.

La presión arterial en adultos mayores de 18 años<sup>10</sup> se basa en un promedio de dos o más tomas adecuadas de la misma en dos o más visitas clínicas. Si los valores de presión sistólica y diastólica se ubican en categorías diferentes, la clasificación será determinada por la mayor de las dos presiones. La presión arterial se clasifica en cuatro categorías: normal, pre hipertensión, HTA grado 1 y HTA grado 2. La prehipertensión no se considera una enfermedad, pero identifica a los pacientes más predispuestos a progresar a los estadios 1 y 2 de HTA en un futuro. Los valores que determinan la clasificación de la presión arterial, basados en el Octavo Reporte de la Journal of the American Medical Association; Normal <120 Y <80, Pre hipertensión 120 – 139 O 80-89, HTA estadio 1 140 – 159 O 90-99, HTA estadio 2  $\geq 160$  O  $\geq 100$ . La HTA no controlada representa el principal factor de riesgo, triplicando el riesgo de muerte.<sup>10</sup>

Es necesario destacar que la "comida rápida" es la primera preferencia del grupo masculino para adquirir alimentos y las "golosinas" la primera preferencia para el grupo femenino. Los productos con fibra son la última opción de compra de alimentos. Resultados similares se obtuvieron un estudio realizado en estudiantes universitarios del Campus de la Universidad de Chile<sup>11</sup>, donde el consumo calórico total, la ingesta de carbohidratos y lípidos era significativamente más alto en los estudiantes de sexo masculino que en los de sexo femenino y ninguno de los estudiantes alcanzaba la recomendación diaria de fibra dietética.<sup>11</sup>

La relación positiva entre las condiciones socioeconómicas y el estado de salud en general ha sido ampliamente documentada. En el caso especial de la HTA varios autores encuentran que, aunque existe una relación compleja entre las condiciones de vida y el





incremento de la presión arterial, un nivel socioeconómico bajo favorece la posibilidad de padecer la enfermedad.

El paciente tiene riesgos cardiovasculares, sin embargo, dada la frecuente coexistencia de otros factores, en la medida en que estos se suman, el riesgo aumenta considerablemente. Es útil disponer en consultorio de algunas de las tablas o scores de riesgo, para asignar a cada paciente el riesgo individual y la terapéutica adecuada. Debe considerarse que se asigna a la presión arterial sistólica un mayor valor pronóstico, en tanto que están considerados como útiles la presión diferencial o de pulso y el descenso nocturno tensional durante el sueño.<sup>12</sup>

Otro antecedente importante es el referido a los marcadores fisiológicos valorados, donde la presión arterial (PA) en el grupo masculino se encuentra en una categoría normal alta según la OMS/Sociedad Internacional de Hipertensión<sup>13</sup> y Joint National Committee on Prevention for High Blood Pressure.<sup>13</sup>

Esta condición de PA alterada provoca una serie de efectos perjudiciales a la salud cardiovascular que se puede ver aumentado con estados de estrés típicos de poblaciones universitarias a poblaciones adultas.<sup>14</sup>

En un estudio de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial<sup>15</sup> con una muestra de 86 individuos, con edades comprendidas entre los 15 y los 85 años, 53 mujeres y 33 hombres, resultaron ser hipertensos el 42% (18 hombres y 18 mujeres) sobre los que se determinó la incidencia de los distintos hábitos de vida; tabaco, obesidad, sedentarismo, alimentación, consumo de sustancias excitantes, alcohol y actividad física, obteniendo, el número de hipertensos que se incrementa con los años, así el mayor porcentaje de hipertensos (82%) se corresponde con el grupo de edad comprendido entre los 66 y 85 años y el menor (22%) con el de edad comprendida entre los 25 y 44 años. Entre las mujeres, un 34% presentaban un IMC  $34 > 25$  Kg, mientras que en los hombres esta cifra se elevaba al 62%, lo que viene a corroborar la asociación existente entre el sobrepeso y la HTA.

De los 36 hipertensos, el 83% tomaban excitantes y un 72% fumaba, mientras que sólo un 58% llevaban una dieta poco saludable. El análisis particular de los efectos de los factores de riesgo para cada grupo de edad, llevó a las siguientes conclusiones; el 100% del grupo de hipertensos entre los 15 y 24 años, tenían hábitos de vida insanos (tomaban alcohol, llevaban una vida sedentaria y no practicaban deporte) y el 75% fumaba. Entre los 25 y 44 años, los factores que más influían era el alcohol y los excitantes en un 80%



de los hipertensos, el resto de factores (tabaco, sedentarismo, falta de deporte y dieta insana) sólo se daban en un 60% de los hipertensos. Los excitantes es el factor que más influye en el grupo de edad comprendido entre los 45 y 65 años, con un 85%, mientras que el resto de factores se mantiene en un 54%, menos el alcohol que está presente en un 62% de hipertensos. Por último, entre los 66 y 85 años el tabaco es el factor más preponderante, con un 93%, seguido de los excitantes, sedentarismo y falta de actividad física, y en último lugar se encuentran el alcohol y la dieta insana, con un 50%.

Es imprescindible también determinar el compromiso o afectación de órganos blanco. La Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial recomiendan utilizar una tabla para estratificación de riesgo cardiovascular global, útil para comprender el aumento de riesgo en función de los valores tensionales, la presencia de factores de riesgo, entidades clínicas presentes y daño de órgano blanco.

En la valoración inicial del Paciente Hipertenso la anamnesis permite detectar la presencia de síntomas que pueden estar relacionados con la HTA o con sus complicaciones, así como indagar sobre hábitos, adicciones, tratamientos previos y sus resultados, causas de abandono o de baja adherencia a aquel, consumo de fármacos o alimentos, eventuales interacciones de medicamentos, apnea de sueño, somnolencia diurna, etc. El examen físico explorará el corazón, vasos, aneurismas, pulsos periféricos, soplos, aumentos de tamaño tiroideo y/o nódulos, etc. Además de una cuidadosa anamnesis y examen físico, deberá iniciarse el sistemático estudio del paciente, para definir estadio y compromiso eventual de órganos blanco, así como descartar existencia de causas secundarias.

Los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, de actividad física y hábitos tóxicos ocupan un lugar importante en la salud humana. Cuando estos son inadecuados constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial (HTA), y otras, endocrinas, como la diabetes mellitus y la obesidad entre otras.

Según la Encuesta Argentina<sup>15</sup>, el porcentaje de pacientes con sobrepeso y obesidad es del 49.1% (34.5 % sobrepeso y 14.6 % obesidad). La obesidad se asocia frecuentemente a HTA. La evidencia actual sugiere que el tejido adiposo disfuncionante puede estar involucrado en su patogénesis.

La estrecha relación entre ambas patologías estaría dada por un aumento de la reabsorción tubular de sodio, por: 1) activación del sistema nervioso simpático; 2) activación del sistema renina angiotensina (SRA) y 3) compresión mecánica por grasa intra o perirenal.



Otros mecanismos involucrados son: alteración del sodio, calcio y potasio intracelular, aumento del tono vascular y aumento de los niveles de aldosterona.

El tratamiento del descenso de peso es la medida más efectiva. Un descenso de 10 Kg, se acompaña de una reducción de la presión arterial (PA) de 5 a 20 mmHg.

Por otra parte, los hábitos tóxicos —como el cigarro y el consumo de bebidas alcohólicas— muchas veces comienzan desde la adolescencia, y su identificación en una población determinada permite llevar a cabo estrategias de intervención para su modificación.

Por otra parte, los cambios en el estilo de vida, indicada para todos los hipertensos y la población en general, reducen los nuevos casos de HTA.

Una dieta hipocalórica está indicada en los hipertensos con índice de masa corporal (IMC) > 25 (rango de normalidad: 18.5 a 24.9). Un meta-análisis demostró que con un descenso de 5.1 Kg., la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD) disminuyeron 4.4/3.6 mmHg y logró beneficios sobre la insulinoresistencia, la diabetes (DBT), la dislipidemia, la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y la estenosis aortica (AOS).

La restricción de sodio en una ingestión hasta un máximo de 5.8 g de sal diarios reducen la PA en un promedio de 4 a 6 mmHg. Se deben evitar los alimentos procesados (quesos, conservas), incluyendo los panificados, y reducir el agregado de sal a las comidas, siendo en éstos casos una opción válida las sales modificadas (con menos sodio y más potasio). Los alimentos procesados contienen aproximadamente el 75% del sodio ingerido. Se ha probado que la reducción de sal en la dieta no solo reduce la PA sino genera protección de los órganos blanco. La medición de la excreción de sodio urinario es una medida adecuada para evaluar su consumo, ya que por cada gramo de cloruro de sodio (ClNa) ingerido se elimina diariamente 17 miliequivalente por litro (mEq) de sodio (Na) en orina. Aun una modesta reducción del consumo de sal reduce las muertes por ACV un 14% y por enfermedad coronaria un 9% en hipertensos.

La ingesta de potasio reduce la PA más en hipertensos que en normotensos. El aporte diario ideal en hipertensos no complicados es de 4-5 g, debiendo controlarse la potasemia en pacientes con insuficiencia renal (IR) crónica avanzada, insuficiencia cardiaca (IC) e insuficiencia suprarrenal. También debe controlarse el aporte de potasio en pacientes medicados con inhibidor de la enzima convertidora angiotensina (IECA), inhibidor del receptor de angiotensina II (ARA II), ahorradores de potasio y antiinflamatorios no



esteroides (AINEs). No hay suficientes evidencias que permitan sugerir el agregado de sales de potasio (K) al régimen terapéutico de los hipertensos.

Una dieta saludable, de fácil comprensión y utilización está basada en frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, ácidos grasos mono-insaturados, pescado, aves, nueces y es, por ende, pobre en grasas saturadas, carnes rojas, bebidas azucaradas y dulces. Tienen un efecto antihipertensivo independiente del consumo de sodio y del descenso de peso. Produce un descenso promedio de la PAS/PAD de 5.5/3.5 mmHg desde las dos semanas. Su asociación con dieta hiposódica aumenta el efecto antihipertensivo. Otras medidas dietéticas son los suplementos alimentarios de calcio y magnesio que pueden producir leves descensos de PA aunque no existen evidencias concluyentes.

En 3 meta-análisis<sup>15</sup> encontraron que dosis altas de grasa poli-insaturadas omega 3 (aceites de pescado) reducen la PA aunque son necesarias dosis mayores a 3 g diarios. Se debe recordar que los alimentos y bebidas utilizan muchas veces fructosa como endulzante que muestran efectos hipertensores, por lo que conviene evitarlos. En 77 estudios observacionales, el consumo regular de chocolate negro se asoció a menor mortalidad cardiovascular y en seguimientos de hasta 18 semanas se vio que mejoraba la función endotelial y reducía la PA por efecto de los polifenoles.

Con respecto al entrenamiento de resistencia reduce la PA en reposo y la PA ambulatoria, principalmente en hipertensos. El tipo de ejercicio recomendable es aeróbico (caminatas, jogging, natación), 3-4 veces/semana, suplementados con ejercicios con componente isométrico. Si la PA no está bien controlada el ejercicio intenso debería desalentarse o posponerse hasta lograr un buen control tensional.

El entrenamiento aeróbico ha mostrado más de 10 estudios y 5 meta análisis lograr un descenso de la PAS de 5 a 7 mmHg en hipertensos, similar al obtenido con una monodroga. Aun el ejercicio aeróbico de leve intensidad y corta duración produce reducción del riesgo cardiovascular (RCV) y de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida. En adultos sanos de ambos sexos se recomienda realizar como mínimo 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico de intensidad moderada o 75 minutos semanales de ejercicio aeróbico de alta intensidad para disminuir el RCV. Para conseguir beneficios adicionales (descenso de peso, disminuir los valores de PA, disminuir la resistencia a la insulina) se recomienda un aumento gradual de hasta 300 min/semanales de ejercicio aeróbico de intensidad moderada o hasta 150 min/semanales de ejercicio de elevada intensidad o combinación equivalente de ambas intensidades.



En el ejercicio de resistencia dinámica se produce la contracción muscular contra una resistencia (o peso) con cambio de la longitud del músculo y movimiento de los segmentos óseos; en cada movimiento el músculo se acorta y luego vuelve a la longitud de reposo. Se caracteriza por cargas de trabajo moderadas, lo que permite un alto número de repeticiones sin agotamiento muscular. En 2 meta análisis reciente se ha encontrado que el entrenamiento con ejercicios de resistencia dinámica produce un descenso de 6 mmHg de PAS y 5 mmHg de PAD en hipertensos. En el ejercicio isométrico hay una contracción muscular contra una resistencia sin cambio de la longitud del músculo, no se observa movimiento. Los datos de 2 meta análisis reciente demuestran descensos de hasta 13,5 mmHg de la PAS y 6,1 mmHg de la PAD aunque, por el escaso número de estudios y participantes en ellos, estos datos deberían ser confirmados.

Cuando se reduce el consumo de alcohol se produce una significativa disminución de la PAS y la PAD. Es más evidente en bebedores de más de 800 ml semanales y en mayores de 60 años. Las cantidades aceptadas de etanol son 30 ml/día, equivalente a dos vasos de vino, dos latas de cerveza o una medida de bebidas destiladas. En la mujer y los individuos delgados esta cantidad se reduce un 50%.

La reducción del hábito de fumar es la medida preventiva cardiovascular más importante. Fumar produce un aumento transitorio de la PA (15 min.), probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas. El MAPA demostró que tanto los hipertensos no tratados como los normotensos fumadores tenían valores de PA diurnos mayores que los no fumadores. El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo coronario y otras enfermedades vinculadas.<sup>15</sup>

A la vista de los datos mencionados y de su coincidencia con otros estudios, se puede concluir la importancia de tomar medidas dirigidas a concienciar a la sociedad de la importancia de adoptar hábitos saludables de vida como medio para evitar la HTA y las enfermedades vinculadas a ésta y que son la principal causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados y subdesarrollados. La prevención y el control de la hipertensión exigen voluntad política de los gobiernos y las instancias normativas. El personal sanitario, los investigadores, la sociedad civil, el sector privado, las familias y los individuos también deben contribuir.

Según el informe de la OMS, la detección y el tratamiento precoz de la hipertensión y las políticas de salud pública dirigidas a fomentar los hábitos de vida saludables han disminuido en las tres últimas décadas las cifras de mortalidad por cardiopatías y



accidentes cerebrovasculares en los países con ingresos elevados. Las consecuencias de la HTA hacen necesario aunar todos los esfuerzos en su prevención como complemento del control de la enfermedad, con el fin de evitar la aparición de nuevos casos y facilitar un tratamiento responsable y eficaz<sup>16</sup>

Con ejercicios aeróbicos adecuados, aunque estos se empiezan a la edad de 60 años, se puede incrementar de uno a dos años la esperanza de vida, la independencia funcional, y ayudar a prevenir enfermedades. Se ha encontrado que las dos terceras partes de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión. Se ha demostrado que la práctica física regular incrementa la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas específicas, incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad. Los sistemas más susceptibles al cambio con el ejercicio son, el cardiovascular (modulador de la variabilidad de la frecuencia cardiaca con ejercicio aeróbico), El respiratorio, El inmunológico; Además se ven beneficiados, la masa metabólica activa, los huesos, los músculos, los riñones y los receptores sensoriales. El ejercicio logra ayudar en el tratamiento y la prevención de la osteoporosis aparte de ayudar con el control de la HTA. Se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole mayor flexibilidad, fuerza y volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica.<sup>17</sup>

Por los estudios mencionados con anterioridad se pretende realizar la investigación sobre la multifactorialidad de la HTA, que reviste variados abordajes donde esencialmente son los hábitos y el estilo de vida los que pueden generar modificaciones en la evolución y el pronóstico. Si bien una intervención farmacológica es una de las bases en la terapéutica, esencialmente el objetivo a alcanzar es el manejo de la terapia más básica, la que se produce fuera de los laboratorios y está al alcance de todos.

## 6. DISEÑO METODOLOGICO

### 6.1 Tipo de estudio



A) Según la estrategia general: fue una investigación cuantitativa. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Una vez planteado el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico, y las somete a pruebas mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Este estudio fue cuantitativo porque se requirió identificar el perfil personal y clínico de los pacientes en el servicio de consultorio externo de clínica médica y cardiología, comenzando desde lo general hacia lo particular para obtener resultados expresados de forma numérica y generalizada, los mismos luego de ser adquiridos a través de un formulario de recolección de datos fueron analizados en una matriz de datos.

B) Según los objetivos: la investigación fue descriptiva. Se considera al fenómeno estudiado y sus componentes midieron conceptos y definieron variables. Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se sometan a un análisis. Describe tendencias de un grupo o población. Este estudio fue descriptivo porque se identificaron las características de los pacientes con hipertensión arterial.

C) Según el periodo y la secuencia del estudio: la investigación fue transversal. Mido las variables en estudio en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permitió estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado.

D) Según la intervención del investigador: la investigación fue observacional. Fue un tipo de estudio concreto que se definió por tener un carácter estadístico. Se caracterizaron porque, en ellos, la labor del investigador se limitó a la medición de las variables que se tuvieron en cuenta en el estudio, obtenidos por el seguimiento de un fenómeno en el tiempo a través de datos recabados por historias clínicas.

## 6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

### **Variable: Edad**

Definición operacional: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: razón

Valores: edad en años

Indicadores: Edad expresada en años obtenida de la historia clínica.



### **Variable: Sexo**

Definición operacional: Características anatómicas y fisiológicas que diferencian a los hombres de las mujeres.

Tipo de variable: cualitativo

Escala de medición: nominal

Categorías:

-Masculino

-Femenino

Indicador: Sexo de los pacientes registrado en historia clínica

### **Variable: Nivel de Formación**

Definición operacional: Estudio y/o formación de todos los niveles realizados.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Categorías:

Analfabeto

Primaria      Completo      Incompleto

Secundaria    Completo      Incompleto

Terciaria      Completo      Incompleto

Universitaria Completo      Incompleto

Indicadores: Nivel formación del paciente recabado por la Historia Clínica.

### **Variable: Estado Civil**

Definición operacional: Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

-Soltero

-Casado





- Viudo
- Divorciado
- Separado
- Unión convivencial

Indicador: Información sobre el estado civil del paciente, recabada de la historia clínica

### **Variable: Ocupación**

Definición operacional: Actividad laboral u oficio que realiza la persona en relación al trabajo.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

- Desempleado
- Ama de casa
- Empleado
- Jubilado

Indicador: Situación laboral del paciente, registrada en la historia clínica.

### **Variable: Índice de Masa Corporal (IMC)**

Definición operacional: Valor resultante de fórmula que calcula el peso por talla al cuadrado obtenido en la historia clínica.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Fuente: Revista Argentina de Cardiología ([www.sac.org.ar](http://www.sac.org.ar))

Categorías:

- Bajo peso < 18,5
- Peso normal 18,5 – 24,9
- Sobrepeso 25,0 – 29,9
- Obesidad 30,0 – 34,5

Indicador: valor obtenido del cálculo de IMC que ubica a la unidad en una de las categorías posibles.

## **HÁBITOS DE VIDA**



**Variable: Actividad Física**

Definición operacional: Acción de realizar o no actividad física.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: SI NO

Indicador: Realización de actividad física según los registros de la historia clínica.

**Variable: Tipo de Actividad física**

Definición operacional: Diferentes actividades físicas que se pueden realizar

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

-Caminatas

-Andar en bicicleta

-Natación

-Boxeo

-Actividad Aeróbicas

-Yoga

-Zumba

-Levantamiento de pesas

-Otras

Indicador: registro de la actividad física que realiza l paciente.

**Variable: Frecuencia semanal de actividad física**

Definición operacional: Veces por semana que se realiza actividad física.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: veces por semana expresado en números

Indicador: Frecuencia semanal de actividad física registrada en la historia clínica.

**Variable: Consumo de Sal**



**Definición Operacional:** Utilización de sal para la preparación/ consumo de comidas y alimentos.

**Tipo de variable:** cualitativa

**Escala de medición:** nominal

**Categorías:** SI – NO

**Indicador:** empleo o consumo de sal registrado en la historia clínica.

### **Variable: Agregado de Sal en las Comidas**

**Definición Operacional:** Acción de adicionar sal a las comidas.

**Tipo de variable:** cuantitativa

**Escala de medición:** nominal

**Categorías:**

- a) Se agrega solo en la preparación de alimentos
- b) Se agrega en la preparación de alimentos y se sobrecarga en el momento de consumirlo
- c) No se le agrega ni en el momento de la preparación ni a la hora de consumirla

**Indicador:** Información brindada por el paciente sobre el agregado de sal.

### **Variable: Antecedentes del Consumo de Cigarrillo**

**Definición operacional:** Hábito de fumar en la actualidad.

**Tipo de variable:** cualitativa

**Escala de medición:** nominal

**Categorías:** SI -NO

**Indicador:** consumo de cigarrillos actual registrado en la historia clínica.

### **Variable: Cantidad de cigarrillos diarios**

**Definición operacional:** Consumo diario de cigarrillos.

**Tipo de Variable:** cuantitativa

**Escala de medición:** Razón

**Valores:** número de cigarrillos

**Indicador:** cantidad de cigarrillos al día que fuma el paciente registrado en la historia clínica.

### **Variable: Antigüedad del hábito de fumar**



Definición operacional: Tiempo transcurrido desde el inicio del consumo de cigarrillos hasta la actualidad.

Tipo de Variable: cuantitativa

Escala de medición: Razón

Valores: tiempo en años del inicio del hábito

Indicador: cantidad de años que fuma el paciente registrado en la historia clínica.

Variable: **Ex fumador**

Definición operacional: Abandono del hábito de fumar.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: SI -NO

Indicador: Cese del consumo de tabaco registrado en la historia clínica.

Variable: **Antigüedad de ex fumador**

Definición operacional: Tiempo transcurrido desde el abandono del consumo de cigarrillos hasta la actualidad.

Tipo de Variable: cuantitativa

Escala de medición: Razón

Valores: tiempo en años del cese del hábito

Indicador: cantidad de años que abandono el hábito registrado en la historia clínica.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Variable: **Familiares con Hipertensión Arterial**

Definición operación: información del paciente sobre familiares con diagnóstico de Hipertensión Arterial

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: SI NO

Indicador: datos recabados por la historia clínica



### **Variable: Comorbilidades relacionadas con el Diagnóstico de Hipertensión Arterial**

Definición operacional: Patologías relacionadas con la hipertensión.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías:

-Diabetes mellitus	SI	NO
-Hipercolesterolemia	SI	NO
-Obesidad	SI	NO
-Enfermedad renal	SI	NO
-ACV	SI	NO
-Otras	SI	NO

Indicador: Enfermedades que presenta el paciente además de la HTA registrados en la historia clínica.

### **Variable: Presión Arterial**

Definición operacional: Valores de presión arterial.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: ordinal

Fuente: (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial [www.saha.org.ar](http://www.saha.org.ar))

Categorías:

- Presión optima <120 / <80 mmHg
- Presión normal 120-129/80-84 mmHg
- Presión en el límite alto de la normalidad 130-139/85-89 mmHg
- Hipertensión grado 1 140-159/90-99 mmHg
- Hipertensión grado 2 160-179/100-109 mmHg
- Hipertensión grado 3 >180/>110 mmHg

Indicador: Ultimo registro de medición de la presión arterial consignado en la Historia clínica

## **6.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos fue utilizado un formulario diseñado para obtener la información necesaria para alcanzar los objetivos propuestos en el proyecto de



investigación. Fue permitido estandarizar e integrar el proceso de recopilación de los datos, la redacción fue coherente y organizada, con un formato estructurado de acuerdo a las variables propuestas (preguntas con opciones de respuestas cerradas y para completar).

Las unidades de observación que se utilizaron fueron las historias clínicas de los pacientes que se encontraron con diagnóstico de Hipertensión Arterial y que asistieron al consultorio externo de Clínica Médica y Cardiología del Hospital.

#### 6.4 ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron volcados a una matriz a fin de su procesamiento y análisis. En función a las variables seleccionadas se expresaron en porcentajes e intervalo de confianza 95% para las variables cualitativas y frecuencias, promedio y desvío estándar para las cuantitativas por medio del programa estadístico Epidat y Excel.

#### 6.5: CONTEXTO, POBLACION Y MUESTRA

Contexto: El Hospital Escuela José Francisco de San Martín es un hospital público de la ciudad de Corrientes (Argentina). Se encuentra en la calle avenida 3 de Abril N°1224. El hospital se inauguró el 11 de diciembre de 1976 y fue el nosocomio iniciador del sistema de Residencias Médicas en la región Nordeste del territorio argentino. El área de influencia de atención neuro traumatológico abarca a pacientes de las provincias de Chaco, Entre Ríos, Formosa, Misiones y del norte de Santa Fe.

La Misión de este hospital es colaborar para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, ofertando servicios sanitarios excelentes, con el paciente como centro de



nuestra atención, y profesionales altamente cualificados, en un hospital público con vocación docente e investigadora. La visión es seguir implantando, impulsando y mejorando un modelo asistencial basado en la calidad para el paciente que se convierta en referente de la sanidad en nuestro país.

Este estudio se llevará a cabo en los consultorios externos de Clínica Médica y Cardiología del Hospital Escuela “José Francisco de San Martín”, que se encuentran en el primer piso de la institución, cuyo acceso se encuentra por calle 3 de abril N°1224.

En la misma, hay 17 consultorios médicos que funcionan de lunes a viernes en el horario de 7 a 12 horas. También se encuentran consultorios de nutrición, diabetes, endocrinología, oftalmología, odontología, neumología, infectología, neurocirugía, traumatología, cirugía, kinesiología y rehabilitación, psicoterapia y otorrinolaringología. En el consultorio externo donde tratan a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial se encuentran los siguientes dispositivos médicos: camilla para el paciente, máquina de electrocardiograma, desfibrilador, tensiómetro, estetoscopio, báscula, gasas, vendas, apósitos, gel para las manos, servilletas, alcohol, escritorio del doctor, computadora, impresora, hojas de historia clínica, biromes.

**Población Blanco:** son aquellos pacientes que fueron asistidos al consultorio externo con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

**Población accesible:** pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron asistidos al consultorio externo del Hospital Escuela José Francisco de San Martín.

**Población elegible:** pacientes que fueron asistidos al consultorio externo del Hospital Escuela José Francisco de San Martín en el año 2019 que reúnen los siguientes criterios:

- A) Criterio de inclusión: pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial, que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología del hospital, que cuenten con historias clínicas en el servicio, personas mayores de 18 años.
- B) B) Criterios de exclusión: pacientes con patologías asociadas neurológicas (Feocromocitoma), psiquiátricas (trastornos de la personalidad y psicosis) o metabólicas (hipertiroidismo), pacientes que no presenten historias clínicas



completas o son ilegibles, pacientes que no asistieron al consultorio en el periodo de estudio.

- C) C) Criterios de eliminación: pacientes que no presentan hipertensión arterial. Pacientes que tuvieron exámenes de laboratorio u otros exámenes incompletos, mujeres embarazadas.

## MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO PARA LA EJECUCION DEL TRABAJO

Cálculo de la Muestra:

Habiendo utilizado un muestreo probabilístico, esta fue una técnica de muestreo en virtud de la cual las muestras fueron recogidas en un proceso que brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados.

La muestra del trabajo fue probabilística, porque se identificó la probabilidad de cada paciente de ser seleccionado en la muestra, la misma contaron con pacientes que ingresaron al servicio de consultorio externo de clínica médica y cardiología durante el año 2019.

Considerando el total de población de 6.000 personas en ese año, una proporción esperada de 25%, un nivel de confianza de 95%, una precisión del 5%, a través de esta fórmula se obtuvo 95 unidades de análisis que conformaron la muestra.

Unidad de análisis: Pacientes que asistieron al consultorio externo de Clínica Médica y Cardiología del Hospital Escuela José Francisco de San Martín.

## 6.6 AUTORIZACIONES PARA ACCEDER A LA POBLACIÓN Y AVALES ÉTICO

Para la realización de la presente investigación se contó con el Aval de la Cátedra Metodología de la Investigación; también se solicitó las autorizaciones pertinentes a la Institución de Salud y Servicios con visto positivo.

Se obtuvo el aval ético del Comité de Bioética de Ciencias de la Salud UNNE, así como también se cuenta con el acuerdo de Compromiso y Confidencialidad de los datos. (Ver notas en Anexos)

Los autores del presente estudio se comprometen a resguardar la confidencialidad de toda la información recabada para el mismo procedente de los instrumentos oportunamente





mencionados u otras fuentes. Las informaciones serán en su totalidad anónima y serán utilizadas exclusivamente para producir trabajos científicos a ser publicados o comunicados en medios o reuniones científicas. Será entregada una copia del trabajo producido al Comité de Bioética de Ciencias de la Salud UNNE previo a su publicación o comunicación.

El presente proyecto atenderá a las consideraciones éticas del respeto al carácter anónimo y desinteresado de todos sus participantes; por ello, la participación será en todo momento libre y voluntaria.

Los datos obtenidos serán tratados respetando la normativa en vigor sobre la protección de datos de carácter personal Ley Nacional 25326 y las Guías de Buenas Prácticas Clínicas. Es por ello que en el consentimiento informado que se firma previo comienzo con el cuestionario del presente proyecto, se informará a los profesionales participantes que el estudio cumple escrupulosamente la ley.

Se asegura, del mismo modo, que los datos facilitados y los resultados obtenidos garantizan el anonimato de los participantes y serán utilizados única y exclusivamente para los fines descritos en la investigación. Estos datos tendrán un carácter absolutamente reservado. Los miembros del equipo de investigación se comprometen, por tanto, a la declaración explícita de ausencia de conflicto de intereses con cualquier entidad, ya sea pública o privada; y se comprometen a adoptar el código deontológico de buenas prácticas en la investigación.

## 7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Se realizó una investigación sobre las “Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”, con el objetivo de describir las características y los hábitos de vida en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial, para lo cual se diseñó un instrumento de recolección de datos estilo formulario. La muestra estuvo conformada por 95 pacientes, una vez obtenida la información de las historias clínicas de los mismos, se elaboró una matriz de datos para su correcta interpretación y análisis, abordando a los siguientes resultados.



Respecto a la variable sexo, se observó que poco más de la mitad correspondieron al sexo masculino con 52,13% y el 47,87% restante al femenino. (Ver tabla N°1)

Tabla N°1 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según sexo. 2019 (N=95)

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
Femenino	46	47,87	38,039	58,905
Masculino	49	52,13	41,095	61,961
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

En la variable edad, se obtuvo un promedio de 50,5 años  $\pm$  10,7 con un IC 95% entre 48,3 y 52,7 edades. Un mínimo de 28 a un máximo de 75 años y una moda de 50 años.

Continuando con el nivel de formación de los pacientes se observó que el 45,26% presentaron primaria incompleta y el 32,63% secundaria completa, y con valores más bajos prosiguen secundaria incompleta 9,47%, primaria completa 4,21%, terciario completo e incompleto ambos con 3,16% y finalmente universitario completo 2,11%. (Ver tabla N°2)

Tabla N°2 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según nivel de formación 2019 (N=95)

NIVEL DE FORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
Primaria Completa	4	4,21	1,159	10,431
Primaria Incompleta	43	45,26	35,021	55,809
Secundaria Completa	31	32,63	23,362	43,018
Secundaria Incompleta	9	9,47	4,424	17,223
Terciario Completo	3	3,16	0,656	8,952
Terciario Incompleto	3	3,16	0,656	8,952



Universitario Completo	2	2,11	0,256	7,399
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

En relación al estado civil, el 43,16% de los pacientes eran casados y el 26,32% separados, el resto se distribuye en las categorías divorciados 9,47%, unión convivencial 8,42%, solteros 7,37% y viudos 5,26%. (Ver tabla N°3).

Tabla N°3 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según estado civil 2019 (N=95)

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95 %	
Soltero	7	7,37	3,014	14,594
Casado	41	43,16	33,031	53,723
Viudo	5	5,26	1,731	11,856
Divorciado	9	9,47	4,424	17,223
Separado	25	26,32	17,810	36,351
Union Convivencial	8	8,42	3,706	15,920
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

En la distribución de las personas sobre ocupación, se encontró que el 38,95% eran desempleados, 22,11% empleados, ama de casa 21,05% y por último los jubilados con el 17,89%. (Ver tabla N°4).

Tabla N°4 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según ocupación. 2019 (N=95)

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
Desempleado	37	38,95	29,106	49,497
Ama de Casa	20	21,05	13,359	30,624



Empleado	21	22,11	14,235	31,784
Jubilado	17	17,89	10,784	27,098
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

Según el cálculo del Índice de Masa Corporal de las 95 personas de la muestra se encontraban (al momento del registro) con Sobrepeso 66,32%, luego 22,11% con peso normal, 10,53% de obesos y 1,05% de bajo peso. (Ver tabla N°5).

Tabla N°5 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según Índice de Masa Corporal. 2019 (N=95)

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
Bajo Peso	1	1,05	0,027	5,726
Peso Normal	21	22,11	14,235	31,784
Sobrepeso	63	66,32	55,890	75,694
Obesidad	10	10,53	5,164	18,507
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

De las personas de la muestra se evidencio que a mayor índice de masa corporal más elevada es la presión arterial (54%).

Se pudo observar que el sobrepeso (67%) tuvo una frecuencia alta, no así la obesidad (13%), los más afectados por el sobrepeso eran hombres (51%) más que mujeres (49%). El 55,79% no practicaban actividad física, y un 44,21% si lo hacían. (Ver tabla N°6)

Tabla N°6 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según actividad física. 2019 (N=95)

ACTIVIDAD FISICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
NO	53	55,79	45,232	65,976



SI	42	44,21	34,024	54,768
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

El 44,21% de los pacientes que si hicieron actividades físicas, realizaban: caminata 26,32%, bicicleta 11,58%, zumba 3,16% y levantamiento de pesas con 3,16%. (Ver tabla N°7).

El 44,21% que realizaba actividad física presentaron una presión arterial entre 140-159/90-99 HTA grado I, por su parte los que no realizaban ninguna actividad que eran el 55,79% (54 personas) presentaron una TA entre 160-179/100-119 HTA grado II, observando que los valores entre ambos grupos no presentaba mucha distancia pero si era menor en el primero que realizaba actividad física.

Tabla N°7 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según actividad física que realizaron. 2019. (N=95)

ACT. FÍSICA QUE REALIZAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
Caminata	25	26,32	17,810	36,351
Andar en Bici	11	11,58	5,924	19,774
Zumba	3	3,16	0,656	8,952
Levantamiento de Pesas	3	3,16	0,656	8,952
Ninguno	53	55,79	45,232	65,976
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

Con respecto al consumo de sal, casi el total de la muestra consumieron en un 96,84%, solo el 3,16% no lo hicieron. (Ver tabla N°8)

Tabla N°8 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según el consumo de sal. 2019. (N=95)

CONSUMO DE SAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
NO	3	3,16	0,656	8,952



SI 92 96,84 91,048 99,344

**TOTAL** 95 100,00

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

Al mismo tiempo se observó que el 52,63% agregaron sal al preparar los alimentos y lo sobrecargaron al consumirlo, el 38,95% lo utilizaron solo en la preparación y el 8,42% restante no agregaron sal. (Ver tabla N°9).

Tabla N°9 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según el consumo de sal en las comidas. 2019 (N=95)

CONSUMO DE SAL EN LAS COMIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
Se agrega solo en la preparación de los alimentos	37	38,95	29,106	49,497
Se agrega en la preparación de los alimentos y se sobrecarga al consumirlo	50	52,63	42,123	62,972
No se agrega ni en el momento de la preparación ni en el momento de consumirla	8	8,42	3,706	15,920
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

Con respecto al consumo de cigarrillos el 50,53% la mitad de la muestra, fumaron y el 49,47% restante que no lo hicieron (Ver tabla N°10).

Tabla N°10 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según la variable Fuma. 2019 (N=95)

FUMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%
------	------------	------------	-------------------------------



NO	47	49,47	39,053	59,928
SI	48	50,53	40,072	60,947
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

En el grupo de fumadores (48), el promedio de consumo diario fue de 3,66 cigarrillos  $\pm$  4,02 con un intervalo de confianza del 95% entre 2,8 y 4,9 cigarrillos.

Respecto a la antigüedad del hábito tabáquico se obtuvo un promedio de 9,1 años  $\pm$  11,1 con un intervalo de confianza al 95% entre 6,8 y 11,4 años.

Del total de no fumadores 47 (100%), refirieron ser ex fumadores 26 (55,31%). Respecto del total de la muestra (N=95) este grupo correspondería al 28,42%. (Ver tabla N°11)

Del total de no fumadores (47), tuvieron un 45% de disminución de la presión arterial, no así como los fumadores activos con un 55% tuvieron valores de TA elevados.

Tabla N°11 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según variable ex fumadores. 2019 (N=95)

EX FUMADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
NO	68	71,58	61,404	80,363
SI	27	28,42	19,637	38,596
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

*Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes*

El 84,21% de los familiares tuvieron diagnóstico de HTA, y el 15,79% no tuvieron antecedentes de HTA. (Ver tabla N°12)

Tabla N°12 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según antecedentes familiares de HTA. 2019 (N=95)

FAMILIARES CON HTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
NO	15	15,79	9,115	24,702



SI	80	84,21	75,298	90,885
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: Datos obtenidos mediante formulario de elaboración propia aplicado a historias clínicas de pacientes

Sobre las comorbilidades de los pacientes, más de la mitad de la muestra presentó como patología más frecuente a la Hipercolesterolemia con 78,95%, no así las demás enfermedades que se presentaron en menores valores como la Diabetes Mellitus con 36,84%, la Obesidad con 17,89% , la Enfermedad Renal 38,95% y el Accidente Cerebro Vascular 27,37% (Ver tabla N°13).

Tabla N°13 Distribución de las comorbilidades de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público 2019 (N=95)

Hipercolesterolemia	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95%	
NO	20	21,05	13,359	30,624
SI	75	78,95	69,376	86,641
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

Diabetes Mellitus	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95%	
NO	60	63,16	52,643	72,829
SI	35	36,84	27,171	47,357
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

Obesidad	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95%	
NO	78	82,11	72,902	89,216
SI	17	17,89	10,784	27,098
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

Enf. Renal	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95%	
NO	58	61,05	50,503	70,894
SI	37	38,95	29,106	49,497
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

ACV	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95%	
NO	69	72,63	62,524	81,280
SI	26	27,37	18,720	37,476
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		





Para finalizar se pudo observar que la Hipertensión Grado II (160-179/100-109 mmHg) fue la variante que más se presentó entre los pacientes con el 49,47%, seguido del grado I (140-159/90-99 mmHg) con 29,47% y grado III (>180/>110 mmHg) 20%, cerca del rango de la normalidad (130-139/85-89 mmHg) solo estuvieron el 1,05%. (Ver tabla N°14)

Tabla N°14 Distribución de los pacientes con diagnóstico de HTA asistidos en Consultorios Externos de clínica médica y cardiología de un hospital público, según presión arterial. 2019 (N=19)

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
Presión en el límite alto de la normalidad	1	1,05	0,027	5,726
Hipertensión Grado I	28	29,47	20,559	39,710
Hipertensión Grado II	47	49,47	39,053	59,928
Hipertensión Grado III	19	20,00	12,492	29,457
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>		

Fuente: encuestas de Pacientes con Diagnostico de Hipertensión Arterial de elaboración propia

## 8. DISCUSION

En los resultados obtenidos se puede apreciar que el promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (N95) fue de 50,5 años  $\pm$  10,7 con un IC 95% entre 48,3 y 52,7 coincidiendo con “The Lancet” que refiere que la HTA es un trastorno frecuente relacionado con la edad.<sup>2</sup>

Acordando también con López Acedo y Flores Morgado que mencionan que la frecuencia de Hipertensión aumenta de manera exponencial con la edad, a partir de los cincuenta



años, lo cual, unido al aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, hace que se convierta en un problema sanitario de primera magnitud.<sup>3</sup>

Se observó en la muestra (N=95) que los hombres presentaron más elevada la TA que las mujeres en la edad mediana, luego se observó que las mujeres tuvieron la TA similar a los hombres en la vejez concordando con Yanes DG d'Empaire<sup>8</sup>, que refiere que luego en la primera niñez parece no haber diferencias en los niveles tensionales entre sexos, pero a partir de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres, esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad, un poco más tarde (hacia los 50-60 años) este patrón se invierte, este cambio refleja al menos parcialmente la muerte prematura de los hombres con presión arterial más alta, aunque los hombres hipertensos tienen más eventos cardiovasculares que las mujeres hipertensas a cualquier edad, el riesgo atribuible porcentual, es decir, la proporción de eventos que es debida a la hipertensión es similar o más alta en las mujeres.<sup>8</sup>

Respecto a la variable sexo, se observó que poco más de la mitad correspondieron al sexo masculino con 52,13% y el 47,87% restante al femenino con edades de un mínimo de 28 y un máximo de 75 años; estas proporciones de la población según sexo no coinciden con Lillo CÁ, en su estudio de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial<sup>15</sup> donde trabajó con una muestra de 86 individuos, con edades comprendidas entre los 15 y los 85 años, 53 mujeres y 33 hombres, resultaron ser hipertensos el 42% observándose en este último mayor población hipertensa femenina.

La población en estudio tuvo un porcentaje alto de comorbidades como hipercolesterolemia (78,95%), diabetes mellitus (36,84%), enfermedad renal (38,95%), obesidad (17,89%) y accidente cerebro vascular (27,37%), alineándose al artículo científico The Lancet<sup>2</sup> que refiere que esta patología a menudo conlleva complicaciones cardiovasculares y renales debilitantes.

De las personas de la muestra se evidencio que a mayor índice de masa corporal más elevada es la presión arterial, coincidiendo con G. Coll de Tueroa<sup>9</sup> que refiere el riesgo de hipertensión aumenta progresivamente al aumentar el peso corporal o el Índice de Masa Corporal (IMC).

Se pudo observar que el sobrepeso (67%) tuvo una frecuencia alta, no así la obesidad (13%), los más afectados por el sobrepeso eran hombres con un 51% que mujeres 49%, corroborando que estas comorbidades ayudan al aumento de la hipertensión arterial,



coincidiendo con Yanes DG d'Empaire<sup>8</sup>, la HTA afecta a hombres con sobrepeso<sup>8</sup>, mientras que en mujeres llega a ser más prevalente cuando alcanzan el rango de obesidad. Con respecto al consumo de cigarrillos el 50,53% la mitad de la muestra, fumaron y el 49,47% restante no lo hacían.

De los no fumadores (47), tuvieron un 45% de hipertensión grado I y II, no así como los fumadores activos con un 55% de hipertensión grado III y IV, esto coincide con Lillo CÁ<sup>15</sup> donde afirma que la reducción del hábito de fumar es la medida preventiva cardiovascular más importante. Fumar produce un aumento transitorio de la PA (15 min.), probablemente por estimulación simpática central, con aumento de catecolaminas.

Un 44,21% de la población que realizaban actividad física tenían una presión arterial entre 140-159/90-99 HTA grado I, por otra parte los que no realizaban ninguna actividad 55,79% (54 personas) del grupo en estudio presentaron cifras entre 160-179/100-119 HTA grado II, observando que en el grupo que realizaba actividad física se encontraban con diagnóstico de hipertensión arterial grado I. Estos resultados coinciden con Morel V<sup>17</sup> que refiere que se ha encontrado que las dos terceras partes de las personas con más de 60 años practicaban de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión.<sup>17</sup>

Se observó un consumo en exceso de sal en los alimentos y la sobrecarga al consumirlo (52,63%), como así también poca actividad física (55,79%) y porcentaje considerables de hipercolesterolemia (78,95%), diabetes mellitus (36,84%), enfermedades renales (38,95%), obesidad (17,89%) y ACV (27,37%), estos datos coinciden con Lillo CÁ<sup>15</sup>, que menciona que los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, de actividad física y hábitos tóxicos ocupan un lugar importante en la salud humana. Cuando estos son inadecuados constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial (HTA), y otras, endocrinas, como la diabetes mellitus y la obesidad entre otras.



## 9. CONCLUSION

Luego del análisis de los datos obtenidos en la investigación, se abordó a la siguiente conclusión, la muestra de la población estudiada presento un promedio de edad de 50,5 años  $\pm$  10,7 con un IC 95% entre 48,3 y 52,7 edades. Un mínimo de 28 a un máximo de 75 años con una moda de 50 años.

De similar proporción entre sexos, más de la mitad presentaron un nivel de formación de primaria incompleta seguido de secundaria completa. Predominando el estado civil casado y separado. Por otra parte se observaron una frecuencia alta de desempleados seguidos por empleados.



En la muestra analizada los pacientes con HTA grado III y IV presentaron el sobrepeso que estuvo acompañado por el predominio de hábitos de tipo sedentario.

En el grupo de fumadores (48), del total de la población, un poco más de la mitad eran fumadores activos con un promedio de consumo de cigarrillos de  $3,66 \pm 4,02$ , de los cuales fumaban hace más de 5 años. Del grupo de no fumadores 47 (100%) refirieron ser ex fumadores 26 (55,31%), este grupo correspondería al 28,42% del total de la muestra. Sobre las comorbilidades de los pacientes, más de la mitad de la muestra presentaron como patología más frecuente a la Hipercolesterolemia con 78,95%, no así con las demás enfermedades que se presentaron en menor cantidad como la Diabetes Mellitus con 36,84%, la Obesidad con 17,89% , la Enfermedad Renal 38,95% y el Accidente Cerebro Vascular 27,37%.

Un 44,21% que realizaron actividad física tenían una presión arterial entre 140-159/90-99 HTA grado I, así como los que no realizaron ninguna actividad fueron de 55,79% (54 personas) entre 160-179/100-119 HTA grado II, observando que el grupo que realizaba actividad física presento valores inferiores a HTA grado II.

Se pudo observar que el sobrepeso (67%) tuvo una frecuencia alta, no así la obesidad (13%), los más afectados por el sobrepeso eran hombres (51%) y en menor proporción mujeres (49%),

Estos resultados estarían indicando la necesidad de implementar programas de pesquisa, control y seguimiento de la hipertensión arterial, principalmente, desde la prevención y la puesta en marcha de estrategias pertinentes de promoción de la salud a través de programas de educación nutricional, orientados a producir cambios de conducta alimentaria y de hábitos de vida que promuevan una alimentación saludable a través del consumo de una dieta equilibrada y del ejercicio físico. Los datos mostraron que los pacientes con presión arterial elevada y factores de riesgo cardiovasculares en adultos fueron altos, lo que represento un problema de salud pública muy importante en Corrientes.



## 10. RESUMEN DE LA INVESTIGACION

**Introducción:** En los últimos años, la hipertensión ha sido reconocida como un importante problema de salud en la población adulta.

El peso corporal guarda una relación directa con la presión arterial, y su asociación con la presión elevada se ha documentado en diferentes grupos de edad, así como el sobrepeso, obesidad y los hábitos perjudiciales para la salud. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y los hábitos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron en el Consultorio Externo de Clínica Médica y Cardiología de un Hospital Público, año 2019. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional basado en el análisis de las características de las personas adultas con diagnóstico de Hipertensión Arterial en el



periodo del año 2019. Se utilizó como fuente de información, la historia clínica de los pacientes que asistieron al consultorio de clínica médica y cardiología de un hospital público. Las variables en estudio fueron sexo, edad, nivel de formación, ocupación, índice de masa corporal, actividad física, actividad física que realizaron, consumo de sal, consumo de cigarrillo, familia de los pacientes con hipertensión arterial, antecedentes patológicos y presión arterial. **Resultados:** Se analizaron 95 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de HTA 52,13% de sexo masculino y 47,87% femenino, en un promedio de edad de 50,5 años  $\pm$  10,7 con un IC 95% entre 48,3 y 52,7 edades. Un mínimo de 28 a un máximo de 75 años con una moda de 50 años. Mayoritariamente con sobrepeso con 67%, y con obesidad un 13%. El 55,79% no realizaron actividad física, casi todos consumieron sal 96,84%, y la mitad fumaba 50,53%. El 84,21% tenían antecedentes de familiares con Hipertensión Arterial. Además, entre las patologías asociadas se encontró la Hipercolesterolemia como principal factor de riesgo con un 78,95%. Un 44,21% que realizaron actividad física tenían una presión arterial entre 140-159/90-99 HTA grado I, así como los que no realizaron ninguna actividad fueron de 55,79% (54 personas) entre 160-179/100-119 HTA grado II. **Discusión:** En líneas generales los resultados obtenidos en la población estudiada coinciden con los antecedentes en relación a la edad los hábitos y las comorbilidades, presentando una diferencia en cuanto a la frecuencia de hipertensión según sexos encontrando en el presente más porcentaje de HTA en hombres a diferencia de otros estudios. **Conclusión:** En el estudio analizado se detectaron una frecuencia elevada de sobrepeso, obesidad, y propensión al consumo regular de comidas con alto contenido en sal, así como hábitos nocivos como el tabaquismo y el sedentarismo, por lo que la recomendación de mantener hábitos de vida saludables se ha convertido en la piedra angular de los programas de prevención de la HTA.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J. Espinosa Garcíaa NMCALRDFBG. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. Med Fam Semer. 2012;38(5):292-300 (citado 19 Agosto 2020).
2. Esencial H. No Title. Lancet [Internet]. 2003;361:1629-41. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673603133028>
3. Antonio López Acedo , María Teresa Flores Morgado MICF. Hipertensión Arterial. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 6.





- 2006;(84-95872-75-7):1-54. (citado 19 de Agosto 2020) Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/CustomContentResources/Hipertensión Arterial.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertensión Arterial.pdf)
4. Filippini F. CLÍNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Clínica la Hipertens Arter Diagnóstico la Hipertens Arter [Internet]. 2015;2:416-8. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.087.pdf>
  5. Kou ShunchaoI, Li XueqingI MÁBA. El manejo de la hipertensión arterial como variable de investigación. CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS ARTÍCULO REVISIÓN [Internet]. 2017;17(2):1-24. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2062/2054>
  6. MSc. Raquel González Sánchez, I MSc. René Llapur Milián, I MSc. Mercedes Díaz Cuesta, II Lic. María del Rosario Illa Cos, II Dra. Estela Yee López ILDPB. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Rev Cuba Pediatr [Internet]. 2015;87(3):273-84. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-75312015000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312015000300003)
  7. SánchezIV JSCESSLBPSS. Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial [Internet]. Vol. 28, Rev Cubana. 2009. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002009000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001)
  8. Yanes DG d'Empaire. Prevalencia de hipertensión arterial y dislipidemias en adultos del páramo del Estado Mérida y su relación con obesidad. Resultados preliminares del estudio VEMSOLS. Rev Venez Cardiol [Internet]. 2011;31(3):1-104. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: [http://svcardiologia.org/es/images/documents/Avance\\_Cardiologico/2011/AC\\_31\\_283\\_29\\_2011.pdf#page=18](http://svcardiologia.org/es/images/documents/Avance_Cardiologico/2011/AC_31_283_29_2011.pdf#page=18)
  9. G. Coll de Tueroaa NSM. Modificaciones del estilo de vida en pacientes hipertensos. Atención Primaria [Internet]. 1998;22(9):1023-38. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-modificaciones-del-estilo-vida-pacientes-14975>
  10. Padial DLR. Hipertensión arterial (I). Serv Cardiol Hosp Virgen la Salud Toledo



- [Internet]. 2003;5:1-63. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://castellanacardio.es/wp-content/uploads/2010/11/hipertension-arterial-I.pdf>
11. Samame AME. TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO. Fac Med HUMANA “MANUEL HUAMÁN Guerr [Internet]. 2018;2:1-77. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1151/Tesis final - Alvaro Enciso Samame.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1151/Tesis_final_-_Alvaro_Enciso_Samame.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  12. Samuel Durán A., Marcela Castillo A. FV del R. DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE DIFERENTE AÑO DE INGRESO DEL CAMPUS ANTUMAPU. Rev Chil Nutr. 2009;36(3):200-209. (citado 19 Agosto 2020)
  13. Chalmers J, MacMahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, Neal B, Rodgers A, Ni Mhurchu C CT. 1999 Organización Mundial de la Salud-Sociedad Internacional de Hipertensión Directrices para el tratamiento de la hipertensión. Subcomité de directrices de la Organización Mundial de la Salud. Hipertens clínica y Exp. 1999;21(5-6):1009-60. (Citado 19 Agosto 2020)
  14. Plaen J-F De. Conocimientos recientes sobre el desarrollo del daño orgánico causado por la hipertensión. Acte Cardiol [Internet]. 2004;59:369-81. (citado 19 de Agosto 2020) Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2143/AC.59.4.2005202>
  15. Lillo CÁ. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: IMPORTANCIA DE SU PREVENCIÓN. Fac Farm Univ Complut [Internet]. 2015;2:1-20. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: [http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA DEL CARMEN AVILA LILLO.pdf](http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA_DEL_CARMEN_AVILA_LILLO.pdf)
  16. Dr. Valentina Natividad Viego IDKLT. Determinantes socioeconómicos y ambientales de la hipertensión arterial en población adulta de Argentina. Rev Cuba Salud Pública. 2016;42(1):100-50. (Citado 19 Agosto 2020)
  17. Morel V. Ejercicio y el Adulto Mayor. LA Hipertens [Internet]. 2009;2:1-24. (citado 19 Agosto 2020) Disponible en: <http://www.meddir.net/ejercicioyeladultomayor.htm>



## 12. ANEXOS

### Formulario de Recolección de Datos

“Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asisten al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2020”.

Fecha:    /    /2020

Ficha N°:.....

1. Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_      2. Edad: ..... Años

3. Nivel de Formación:

4. Estado Civil

Soltero	
Casado	
Viudo	
Divorciado	



Analfabeto			
Primaria	Completo	Incompleto	
Secundaria	Completo	Incompleto	
Terciario	Completo	Incompleto	
Universitario	Completo	Incompleto	

Separado	
Unión convivencial	

5. Ocupación:

Desempleado	
Ama de casa	
Empleado	
Jubilado	

6. Índice de Masa Corporal: .....

Bajo peso < 18,5	
Peso normal 18,5 – 24,9	
Sobrepeso 25,0 – 29,9	
Obesidad 30,0 – 34,5	

7. Actividad física

Si	No
----	----

8. Consume Sal

Si	No
----	----

Actividad	Tildar(x)	veces por semana
Caminatas		
Andar en bicicleta		
Natación		
Boxeo		
Actividad Aeróbicas		
Yoga		
Zumba		
Levantamiento de pesas		
Otras		

Se agrega solo en la preparación de los alimentos	
Se agrega en la preparación de alimentos y se sobrecarga en el momento de consumirlo	
No se le agrega ni en el momento de la preparación ni a la hora de consumirla	

9. Antecedentes del Consumo de Cigarrillo:

a. Fuma

Si	No
----	----

b. cantidad de cigarrillos por día: .....

c. Antigüedad del hábito: ..... Años

d. Es ex fumador?

Si	No
----	----

e. Antigüedad de ex fumador: ..... Años

10. Familiares con Hipertensión Arterial

Si	No
----	----

11. Antecedentes Patológicos

Diabetes mellitus	SI	NO
-------------------	----	----



Hipercolesterolemia	SI	NO
Obesidad	SI	NO
Enfermedad renal	SI	NO
ACV	SI	NO
Otras		

12. Presión Arterial TA:.....mmHg

Presión óptima <120 / <80 mmHg	
Presión normal 120-129/80-84 mmHg	
Presión en el límite alto de la normalidad 130-139/85-89 mmHg	
Hipertensión grado 1 140-159/90-99 mmHg	
Hipertensión grado 2 160-179/100-109 mmHg	
Hipertensión grado 3 >180/>110 mmHg	

Firma encuestador.....



UA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Antecedentes del Consumo de Cigarrillo					Antecedentes patológicos personales relacionado con el diagnóstico de HTA								
											K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V	
1	VA	VB	VC	VD	VE	VF	VG	VH	VI	VJ	VK	VL	VM	VN	VÑ	VO	VP	VQ	VR	VS	VT	VU	VV	
2	1	50	3	2	2	3	SI	1	SI	1	SI	5	20	NO	0	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4
3	1	40	4	2	3	2	SI	1	NO	1	NO	0	0	NO	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	5
4	2	62	6	2	4	2	SI	1	SI	1	SI	7	35	NO	0	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
5	1	52	8	2	3	3	SI	2	SI	1	SI	10	25	NO	0	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	6
6	1	58	4	4	4	3	SI	1	SI	1	NO	0	0	NO	0	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	5
7	2	41	5	2	3	2	SI	2	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	3
8	2	53	4	4	1	3	SI	2	SI	2	NO	0	0	NO	0	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	5
9	1	48	4	2	3	3	SI	2	SI	2	NO	0	0	NO	0	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	5
10	1	39	6	2	3	2	SI	1	SI	1	SI	5	10	NO	0	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4
11	1	45	8	5	3	3	SI	1	SI	1	SI	5	20	NO	0	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	5
12	2	55	5	2	4	3	SI	2	SI	1	NO	0	0	SI	20	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	5
13	1	50	4	2	3	3	SI	7	SI	1	NO	0	0	SI	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	5
14	1	30	5	6	2	2	SI	1	SI	1	SI	3	10	NO	0	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4
15	2	35	4	2	3	2	SI	1	SI	1	NO	0	0	SI	10	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	4
16	1	30	4	1	1	2	SI	1	SI	1	SI	7	5	NO	0	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4
17	1	35	4	2	2	3	SI	2	SI	1	SI	7	10	NO	0	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4
18	1	40	4	2	3	3	SI	1	SI	1	NO	0	0	SI	10	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	5
19	2	50	5	5	1	3	NO	9	NO	2	NO	0	0	SI	10	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	5
20	2	39	5	6	3	2	SI	1	NO	2	NO	0	0	SI	5	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	4
21	1	45	4	5	3	3	NO	9	SI	2	SI	10	15	NO	0	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	5
22	1	40	3	2	1	3	NO	9	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	4
23	2	68	4	2	4	2	NO	9	SI	2	SI	7	35	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
24	1	50	3	3	2	4	NO	9	SI	2	SI	10	15	NO	0	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	5
25	1	60	4	2	2	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	NO	0	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	4
26	1	48	3	5	3	3	SI	1	SI	1	NO	0	0	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	4
27	2	65	4	2	4	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	NO	0	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	5
28	1	42	7	1	3	3	NO	9	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	6
29	1	57	3	2	1	3	NO	9	SI	2	SI	10	25	NO	0	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	6
30	1	53	3	2	2	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	10	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	6
31	1	61	3	2	2	2	NO	9	SI	1	NO	0	0	SI	35	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	5
32	2	54	3	2	1	3	SI	1	SI	1	SI	10	20	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	4
33	2	60	4	3	4	2	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	20	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	5
34	1	42	3	2	2	3	SI	1	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	4
35	1	39	3	2	1	3	SI	1	SI	1	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	4
36	2	59	5	5	3	3	NO	9	SI	1	SI	10	30	NO	0	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	5
37	1	56	7	5	1	2	SI	1	SI	1	NO	0	0	SI	10	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
38	2	40	3	2	1	3	SI	7	SI	1	SI	3	20	NO	0	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	4
39	2	38	4	1	3	2	SI	6	SI	2	SI	8	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	4
40	1	40	5	5	2	3	NO	9	SI	1	NO	0	0	SI	20	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	5
41	2	32	3	5	3	2	SI	8	SI	1	NO	0	0	SI	5	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
42	1	59	4	3	1	3	NO	9	SI	1	NO	0	0	SI	10	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	4
43	1	60	4	2	2	3	SI	1	SI	1	NO	0	0	SI	15	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
44	2	41	3	1	1	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	5	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	4
45	1	62	4	5	2	3	NO	9	SI	2	SI	5	30	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	4
46	2	65	4	2	4	2	NO	9	SI	1	SI	7	25	NO	0	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	6
47	2	35	3	1	1	2	SI	2	SI	2	SI	10	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	4
48	1	43	3	5	3	3	SI	7	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	4
49	2	71	3	2	3	3	NO	9	SI	2	SI	10	30	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	6
50	1	63	3	2	2	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	10	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	5
51	2	54	5	5	3	2	SI	1	SI	1	SI	5	15	NO	0	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	6
52	2	49	5	5	1	4	NO	9	SI	3	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	6
53	2	58	4	4	1	3	NO	9	SI	3	SI	10	20	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	6
54	2	63	3	4	1	3	NO	9	SI	3	SI	10	30	NO	0	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	5
55	1	50	4	5	1	4	NO	9	SI	3	NO	0	0	SI	20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	6
56	2	49	3	2	1	4	NO	9	SI	3	SI	10	20	NO	0	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	6
57	2	41	3	5	1	4	NO	9	SI	3	SI	10	15	NO	0	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	5
58	2	53	3	5	2	3	SI	1	SI	3	NO	0	0	SI	5	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
59	1	55	3	6	1	3	NO	9	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	4
60	1	38	3	6	1	3	SI	1	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	4
61	1	43	7	2	2	2	SI	2	SI	2	SI	7	10	NO	0	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
62	2	58	3	5	1	3	SI	1	SI	2	NO	0	0	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	5
63	2	60	4	2	4	2	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	10	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	5
64	2	75	4	2	4	3	NO	9	SI	3	SI	7	35	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	5
65	2	42	3	5	1	3	NO	9	SI	2	SI	5	10	NO	0	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
66	1	55	4	4	2	3	SI	1	SI	2	NO	0	0	NO	0	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
67	2	50	3	5	1	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	10	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	5
68	1	46	3	2	1	4	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	10	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	6
69	1	49	3	5	1	4	NO	9	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	6
70	2	36	3	6	1	3	SI	2	SI	2	SI	5	10	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	4
71	2	56	4	4	1	4	NO	9	SI	2	SI	10	20	NO	0	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	6
72	2	51	3	2	1	4	NO	9	SI	2	SI	5	15	NO	0	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	6
73	2	36	6	1	4	4	NO	9	SI	2	SI	10	10	NO	0	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	6
74	1	68	2	3	4	3	NO	9	SI	1	NO	0	0	SI	15	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	5
75	1	53	4	5	2	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	NO	0	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	5
76	2	63	4	4	4	3	NO	9	SI	2	NO	0	0	SI	15	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	



<b>Referencias de la Matriz</b>															
VA: Sexo				<b>Codificación de las Categorías:</b>											
VB: Edad															
VC: Nivel de Formación				<u>Sexo:</u>		<u>Nivel de Formación:</u>									
VD: Estado Civil				Femenino: 1		Analfabeto: 1									
VE: Ocupación				Masculino: 2		Primaria Incompleto: 3									
VF: IMC						Primaria Completo: 4									
VG: Actividad Física						Secundaria Incompleto: 5									
VH: Actividad Física que realiza						Secundaria Completo: 6									
VI: Consume Sal				<u>Estado Civil</u>		Terciario Incompleto: 7									
VJ: Fuma				Soltero: 1		Universitario Incompleto: 9									
VK: Cantidad de Cigarrillos por Día				Casado: 2											
VL: Antigüedad del Hábito				Viudo: 3		<u>Consume Sal</u>									
VM: Ex Fumador				Divorciado: 4		Se agrega solo en la preparación de los alimentos: 1									
VN: Antigüedad Ex Fumador				Separado: 5		Se agrega en la preparación de alimentos y se sobrecarga en el momento de consumirlo: 2									
VÑ: Familiares con Hipertensión Arterial				Unión Convivencial: 6		No se le agrega ni en el momento de la preparación ni a la hora de consumirla: 3									
VO: Diabetes															
VP: Hipercolesterolemia				<u>Ocupación:</u>											
VQ: Obesidad				Desempleado: 1		<u>Presión Arterial</u>									
VR: Enfermedad Renal				Ama de casa: 2		Presión Óptima: 1									
VS: ACV				Empleado: 3		Presión normal: 2									
VT: Otras				Jubilado: 4		Presión en el límite alto de la normalidad: 3									
VU: Presión Arterial						Hipertensión grado I: 4									
				<u>Índice de Masa Corporal:</u>		Hipertensión grado II: 5									
				Bajo Peso: 1		Hipertensión grado III: 6									
				Peso Normal: 2											
				Sobrepeso: 3											
				Obesidad: 4		<u>Antecedentes Patológicos:</u>									
						Diabetes Mellitus: SI - NO									
				<u>Actividad Física que realiza:</u>		Hipercolesterolemia: SI - NO									
				Caminata: 1		Obesidad: SI - NO									
				Andar en Bicicleta: 2		Enfermedad Renal: SI - NO									
				Natación: 3		ACV: SI - NO									
				Boxeo: 4		Otras: SI - NO									
				Actividad Aeróbica: 5											
				Yoga: 6											
				Zumba: 7											
				Levantamiento de Pesas: 8											
				Ninguno: 9											



*Universidad Nacional  
del Nordeste*



**FACULTAD  
DE MEDICINA**  
Universidad Nacional  
del Nordeste

Por la presente se AVALA el pedido de autorización al Hospital Escuela J. F. de San Martín de Corrientes realizado por la estudiante Ojeda Nerina para llevar a cabo el proceso de recolección de datos de la investigación titulada “Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asisten al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”.

La misma forma parte de las exigencias de la Asignatura Metodología de la Investigación en Enfermería para obtener el título de Licenciados en Enfermería de la Facultad de Medicina de la UNNE.

Corrientes, 23 julio de 2020

.....

**Prof. Mónica Cristina Auchter**  
**Metodología de la Investigación en Enfermería**  
**Facultad de Medicina UNNE**  
[monicaauchter@gmail.com](mailto:monicaauchter@gmail.com)

Corrientes, 23 de julio de 2020

Al Jefe de Área de Consultorio Externo





Lic. Rodríguez, Diego

S / D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de solicitarle tenga bien, aceptar ser el asesor de contenido de la Investigación que se llevara a cabo durante el año 2020, para lo cual se adjunta un resumen del mismo: “Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”.

Cuyo objetivo general es describir las características sociodemográficas y los hábitos de vida en pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público en el año 2019.

El mismo presenta un diseño cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional.

La misma forma parte de las exigencias de la Asignatura Metodología de la Investigación en Enfermería para obtener el título de Licenciados en Enfermería de la Facultad de Medicina de la UNNE.

A la espera de contar con una pronta y favorable respuesta aprovecho la oportunidad para saludarle con consideración y respeto.



## **ACUERDO DE COMPROMISO Y CONFIDENCIALIDAD**

Entre la Sra. Ojeda, Nerina Aldana, de profesión Enfermera, en su carácter de investigador responsable del proyecto: “Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019” y por otra parte el Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE, a través de su Coordinador/a con domicilio en Moreno N° 1240 de la ciudad de Corrientes.

Se ha acordado celebrar el presente *Acuerdo de Compromiso y Confidencialidad* que se registrará por las siguientes cláusulas, por lo que las partes declaran que:

1. La Sra. Ojeda, Nerina Aldana se compromete a resguardar la confidencialidad de toda la información recabada para el proyecto Hipertensión Arterial en Adultos Mayores, procedente de Historias Clínicas, registros institucionales, encuestas u otras fuentes.
2. Que las informaciones recabadas serán en su totalidad de carácter anónimo.
3. Que las informaciones recabadas serán utilizadas exclusivamente para producir trabajos científicos a ser publicados o comunicados en medios o reuniones científicas.
4. Que será entregada una copia del trabajo producido al Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE, previa a su publicación o comunicación.
5. Que el Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE se reserva la decisión de la comunicación a las autoridades sanitarias y/o la divulgación a la comunidad de los datos contenidos en el trabajo, que pudieran ser de interés o devengar en medidas protectivas o preventivas para la salud poblacional.

En atención a las consideraciones expuestas, las partes acuerdan:

1° El objeto del presente Acuerdo es fijar los términos y condiciones bajo los cuales las partes mantendrán la confidencialidad de los datos e información intercambiados entre ellas.

2° La Sra. Ojeda, Nerina Aldana, acuerda que cualquier información recabada para su investigación será mantenida en estricta confidencialidad y solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten o estén autorizados previamente por el Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE.

Por tanto, se obliga en forma irrevocable ante la institución a no revelar, divulgar o facilitar información bajo cualquier forma a ninguna persona física o jurídica, sea ésta



de carácter público o privado; y a no utilizar para su beneficio o el de cualquier otra persona la información.

3° El presente Acuerdo requiere para su validez y perfeccionamiento la firma de las partes. Así como también una señal de aceptación, se firma el presente acuerdo en 3 (tres) ejemplares, por las partes que han intervenido en el mismo.

En la ciudad de Corrientes a los 14 días del mes Julio de 2020

.....  
Coordinador/a del Comité

El Código Penal, Art 156, establece pena de multa e inhabilitación especial a todo aquel que por su estado, oficio, profesión o empleo tuviera noticia de un hecho y lo revelare sin justa causa.

\* Justa causa: romper el secreto médico. Cuando por su importancia y trascendencia médica el caso en cuestión sea informado a Sociedades Científicas o sea motivo de publicación médica (art. 11 Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina), quedando expresamente aclarado que se prohíbe su difusión con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.



**RESOLUCIÓN Nº 43/20**  
Corrientes, 25 de Septiembre de  
2020

**Visto:**

El Expte. Nº10-2020-01811, por el cual la Srta. Nerina Idana Ojeda solicita evaluación y eventual aprobación del Proyecto de Investigación Observacional denominado “Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”.

Que ha presentado la siguiente documentación:

- Proyecto de Investigación.
- Acuerdos de Compromiso y confidencialidad del Comité de Bioética.
- Autorización de la Institución en la que se realizará el estudio.
- Curriculum vitae de todos los participantes del proyecto.
- Informe Técnico favorable de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina.

**Considerando:**

- Que la documentación presentada se atiene a consideraciones metodológicas y éticas.

**El Comité de Bioética en Investigación de Ciencias de la  
Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad  
Nacional del Nordeste**

**En su sesión del 25 de Septiembre de  
2020 Resuelve:**

**Artículo 1º:** Emitir un informe favorable sobre el Proyecto de Investigación Observacional denominado “Características sociodemográficas y hábitos de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que asistieron al consultorio externo de clínica médica y cardiología de un hospital público, año 2019”, cuyo desarrollo forma parte de las exigencias curriculares de la asignatura Metodología de la Investigación de la carrera de Licenciatura en Enfermería, presentado por las Srta. Ojeda, Nerina Aldana.

**Artículo 2º:** Regístrese, comuníquese y archívese.

**Lic. Angelica Maricel Meza**  
**Co-Coordinadora**

**Dra. Ofelia Zibelman**  
**Coordinadora**

Corrientes, 25 de Septiembre de 2020



A la Investigadora  
Principal  
Srta. Ojeda, Nerina  
Aldana

---

**Ref:** Expte: 10-2020-01811

Nos dirigimos a Ud. con el objeto de remitirle adjunto a la presente, para su conocimiento y efectos, copia de la Resolución N° 43/20 del Comité de Bioética en Investigación de Ciencias de la Salud.

Cabe recordar que de acuerdo al reglamento vigente, el investigador deberá informar a este Comité cuando inicia el estudio y una vez finalizado deberá presentar un Informe Final de los resultados del mismo.

Además, deberá presentar toda la documentación impresa y el CD cuando lo requiramos. La modalidad de trabajo con documentación digital es exclusiva por el aislamiento social obligatorio.

Sin otro particular, le saludamos con  
atenta consideración.

**Lic. Angelica Maricel Meza**  
**Zibelman Co-Coordinadora**

**Dra. Ofelia**  
**Coordinadora**