

4031328

EF#0236

5



**TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
ADULTOS DE 50-70 AÑOS DE EDAD, COMUNIDAD DE
SOURDIS, BARRANQUILLA, AGOSTO DE 2005 A
NOVIEMBRE DE 2006.**

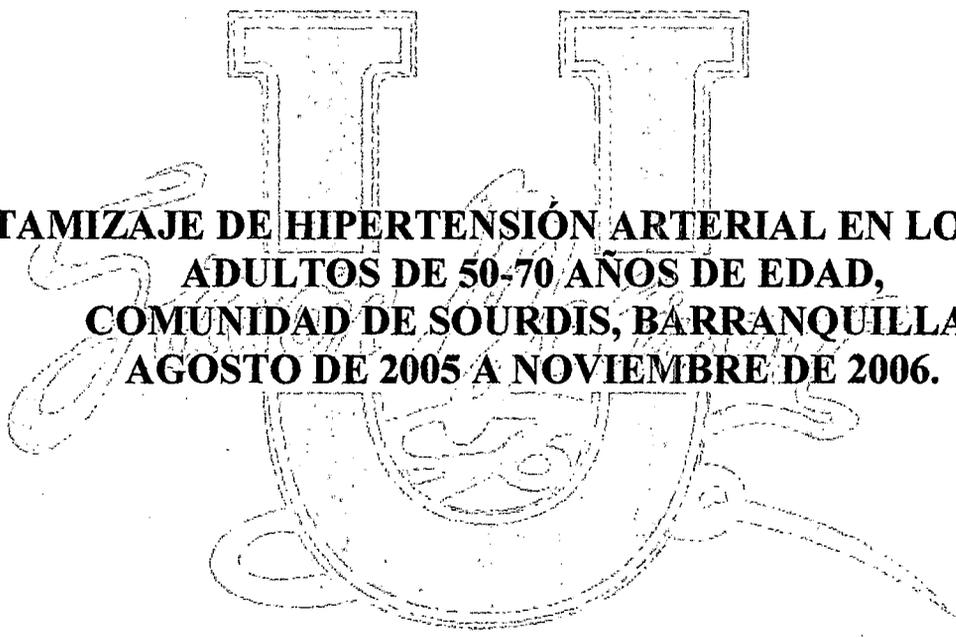
Pugliesse De Moya Maria Tereza

**Quintero Larios Nelly
Romero Gil Catherine
Villamisar Liseth
Taborda Povea Deibis**



En el área de Proyecto II

**Universidad Simón Bolívar
Facultad de Enfermería VII Semestre
Barranquilla, Atlántico**



**TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
ADULTOS DE 50-70 AÑOS DE EDAD,
COMUNIDAD DE SOURDIS, BARRANQUILLA,
AGOSTO DE 2005 A NOVIEMBRE DE 2006.**

*Este sueño hecho realidad se lo dedico
principalmente a Dios por haberme dado la
sabiduría que hoy me lleva a culminar uno de
mis sueños.*

*A mi hijo Alain, a mis padres Martha Larios y
Adolfo Quintero por haber depositado su
confianza en mí, a mis compañeras que una u
otra forma estuvieron conmigo en los momentos
difíciles.*

¡GRACIAS!

Nelly Quintero Larios.

Hoy quiero dedicarle unos de mis más grandes triunfos, principalmente a Dios Todopoderoso, a mi madre Adalis Gil por sus grandes sacrificios, a quien debo todo lo que soy, por acogerme entre sus brazos y brindarme todo el amor y apoyo incondicional, a mis Hermanos por su comprensión y ternura, a mi Padre que aunque no este terrenalmente a mi lado, sé que desde el cielo me guía y me acompaña para verme como la profesional que siempre soñó.

Katherine Romero Gil.

Agradecimientos:

A Dios por iluminarme, darme sabiduría y entendimiento durante el transcurso de toda mi carrera.

A mi Padre que aunque no está conmigo sé que me ilumina y me acompaña en todos los momentos, especialmente en los difíciles.

Gracias Papá por ser como fuiste, darme tanto Afecto, Amor y sobretodo haber depositado toda tu Confianza en mí.

A mi Madre, Mis Tíos y mi Hermana, por haber apoyado, acogerme en sus hogares, soportarme y ofrecerme su afecto y compañía.

¡Gracias a todas aquellas personas que me ayudaron a cumplir mis sueños de ser una Gran Profesional!

Deibis Taborda Povea.

TABLA DE CONTENIDOS

	Páginas
I. Título	2
II. Planteamiento del Problema	3
III. Justificación	4-6
IV. Propósito	7
V. Objetivos	8
VI. Marco Teórico	9-21
VII. Diseño Metodológico	22-36
7.1 Tipo de Estudio	
7.2 Población y Muestra	
7.3 Fuente de Información	
7.4 Unidad de Análisis	
7.5 Operacionalización de Variables	
7.6 Tabulación de la Información	
VIII. Conclusión	37-38
8.1 Recomendaciones	
IX. Presupuesto	39
X. Cronograma de Actividades	40-42
XI. Bibliografía	43
XII. ANEXOS	44
12.1 Encuestas	

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Epidemiología ha demostrado que la hipertensión Arterial y sus efectos presentan proporciones a nivel mundial, ya que la presión elevada no se puede aceptar como factor reversible, sino como un factor modificable en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares o con altos niveles de incapacidad y muerte.

El desorden alimenticio es un factor que influyen en los adultos hipertensos de la comunidad de Sourdís, debido a que los ancianos carecen de recursos económicos y educación para llevar una dieta balanceada, estos individuos viven en condiciones precarias; no cuentan con servicios óptimos, como agua potable para llevar un estilo de vida saludable.

Debido a estos factores y como causa principal los malos hábitos alimenticios, (por ejemplo: El alto consumo de grasas y sal) además en esta población predomina el sedentarismo, la mayoría de mujeres son obesas, ya que no realizan ejercicios físicos por la falta de conocimientos o por descuido. Este desorden conlleva a que el 50% de la población adulta padezca de Hipertensión Arterial una enfermedad silenciosa que sino se detecta a tiempo y puede ocasionar daños irreversibles como: Enfermedades cardiacas, renales o neurológicas y a su vez causar la Muerte.

Esto es lo que nos motiva a la búsqueda de mecanismos para brindar ayuda oportuna y eficaz.

Teniendo en cuenta esta problemática, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo más prevalentes en los adultos de 50 a 70 años, expuestos desarrollar la Hipertensión Arterial?

III. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial es la más frecuente afección en el mundo actual, desde hace más de dos décadas. En 1995 la enfermedad ocupó el noveno lugar, aportando el 3.05% del total de las defunciones entre edades de 45 a 59 años, a nivel mundial.

Por esa razón la Sociedad Integral de Hipertensión (SIH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han venido trabajando para lograr el control de tan terrible enfermedad.

La Hipertensión Arterial es un síndrome complejo genético y adquirido con implicaciones metabólicas y electrolíticas.

Es el factor de riesgos más importantes de la cardiopatía, isquemia y muy especialmente del Infarto Agudo del Miocardio, también lo es de la enfermedad cardiovascular y renal.

La Hipertensión Arterial puede considerarse cosmopolita debido a que se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índice económico, sociales, ambientales, y étnicos. En todo el mundo se ha producido un aumento de la prevalencia, evidentemente 691 millones de personas padecen de esta enfermedad. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7.0 millones son por enfermedades coronarias; 4.4 millones por enfermedades vasculares encefálicas, La Hipertensión Arterial está presente en la causalidad de estas disfunciones. En la mayoría de los países, la prevalencia se encuentra entre el 13% y el 30%, la frecuencia de Hipertensión Arterial aumenta con la edad demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de Hipertensión Arterial. En muchos países es la causa más frecuente de consultas médicas y de mayor de medicamentos.

En cuanto a su etiología es desconocida en 95% de los casos, identificándose como esencial o primaria., el 5% restante es debido a causas secundarias.

La prevalencia indica que en nuestro país está alrededor de dos millones hipertensos, en 1996 aportó que el solo el 8% de la población adulta estaba debajo de método activo de control, muy lejos de la prevalencia demostrada. Es de suponer por ello, que una gran masa de hipertensos no están detectados, muchos no tratados y una similar cuantía no controlados.

La primera encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de Colombia evidenció que del total de hipertensos detectados solo el 60% eran conocidos y de este el 50% tenían tratamiento no farmacológico.

Un 20.9% los hacían con medicamentos y el 42% usaban ambos. Del total de hipertensos conocidos, solo el 35% estaban controlados.

“Solo se logran soluciones de este problema si se aplican medidas de intervención sobre la comunidad, lo que ya se esta haciendo en diversas regiones del planeta.

(Se ha demostrado una eficacia en la prevención superior al 50% en el proyecto de Karelia del Norte en Finlandia, donde en un periodo de 20 años (1972-1992), la incidencia de cardiopatías disminuyo en un 55% en los hombres y un 60% en mujeres. Es de suma importancia precisar que el 80% de la disminución en los hombres y un 72% de disminución en mujeres fue atribuible a reducción de la prevalencia de solo 3 factores de riesgo: la hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo”.

Las acciones de PROMOCION Y PREVENCION PRIMARIA, así como las actividades de control y de prevención secundaria (reducir las tasas de complicaciones entre otras), se han de llevar a cabo en todos los niveles de atención si queremos alcanzar las metas que nos hemos propuestos y lograr el impacto esperado. Es por ello que el programa nacional y la campaña que se ha emprendido serán objetivo de evolución periódica.

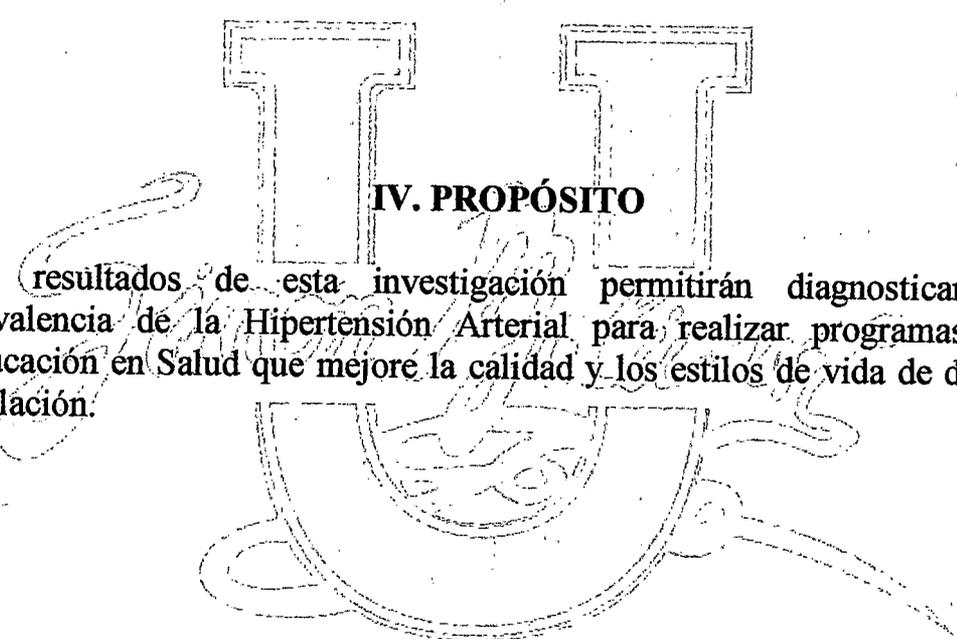
En Barranquilla las estadísticas del Doctor Malkun, la Hipertensión Arterial la padece entre el 30% y el 40% de la población adulta. A partir de los 25 años de edad, puede llegar a afectar el 57% de los hombres y al igual porcentaje de mujeres después de la menopausia. Por lo tanto se ha convertido en un problema de salud pública que requiere de atención continua e intensa) 1.

1. [http:// www.monografias.com](http://www.monografias.com)

El doctor Malkun anota que las causas que originan la HTA, no están plenamente establecidas, el 95% de los casos se denominan hereditarios o genéticos y ambientales. La obesidad es otro factor que se relaciona con la HTA. El 5% restante de los casos se puede demostrar que es una causa anatómica o funcional por lo que se denomina HTA secundaria porque aparece a causa de otra patología.

Como ya lo hemos anotado la HTA, es un problema que nos involucra a todos, ya que se altera la salud pública. como lo evidenciamos en el Barrio SOURDÍS de BARRANQUILLA, en donde un 50% de la población anciana ~~padecer esta patología, entre otras~~ esto afecta en un 60% a mujeres entre edades de 50 a 70 años de edad, y un 10% a hombres entre edades de 45 a 75 años de edad. El total de los adultos afectados oscila entre 100 a 150 individuos, de los cuales 100 asisten a programas de control médico y comunitarios, como es el caso de ancianos en estudios, de los cuales asisten 30 adultos al programa de plenitud dirigidos por estudiantes de enfermería de VII semestre de la Universidad Simón Bolívar, en donde se lleva un estricto seguimiento de presión arterial de dichos ancianos y se realizan distintas actividades en pro de mejorar los estilos de vida no saludable y los malos hábitos alimenticios que estas personas llevan.





IV. PROPÓSITO

Los resultados de esta investigación permitirán diagnosticar la prevalencia de la Hipertensión Arterial para realizar programas de Educación en Salud que mejore la calidad y los estilos de vida de dicha población.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia de la Hipertensión Arterial asociada a los factores alimenticios en adultos de 50 a 70 años de edad, en la comunidad del Barrio Sourdís de Barranquilla.

5.2. Objetivos Específicos

- 1) Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio relacionada con la edad, sexo, ocupación y raza.
- 2) Identificar los hábitos alimenticios como el consumo de grasas, sal, carbohidratos (Azúcar-harinas), café.
- 3) Caracterizar factores de riesgo alcohol, tabaco, sedentarismo química sanguínea, herencia y raza.

VI. MARCO TEÓRICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión o alta presión de la sangre, se conoce como el asesino silencioso. La alta presión sanguínea ocurre cuando la fuerza del flujo sanguíneo es excesiva, sino se atiende a tiempo puede tener secuelas de ataques cardiacos y la resistencia periférica total ya que como se sabe esta es igual al producto de ambas, en cierto sentido este planteamiento es correcto, sin embargo, ninguno de ellos la controla de manera absoluta porque a su vez estos dependen de muchos factores fisiológicos como por ejemplo:

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

RESISTENCIA PERIFÉRICA TOTAL (RPT): Depende de la actividad constrictora o dilatadora de las arterias, del eje renina-angiotensina y de la propia magnitud del Gasto Cardiaco, entre otros.

FISIOPATOLOGÍA

Los factores que intervienen en la patología de la HTA, se pueden clasificar en:

1. Por el nivel de la lectura de la PA.
2. Por la importancia de las lesiones orgánicas.
3. Por la Geología.

Según la etiología se dividen en:
Hipertensión Arterial Primaria y Secundaria.

‡ **(Hipertensión Arterial Primaria: Ideopática o esencial, la cual padecen el 90- 95% de todas las personas que presentan la HTA.**

La etiopatogenia no se conoce aún pero los distintos estudios indican que los factores hereditarios (genético), y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de HTA primaria.

A continuación relacionamos diferentes teorías que abordan tan compleja enfermedad:

1. Factores Genéticos.
2. Factores Alimenticios.
3. Factores Ambientales.
4. Factores Psicológicos.
5. Síndrome de estrés.
6. Iones de Sodio-Potasio y Aptasa.
7. Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.
8. Prostaglandinas.
9. Metabolismo de los Glúcocidos.
10. Sistema Nervioso.
11. Endotelinas.

Otros factores: Sedentarismo, Tabaquismo.

‡ **Hipertensión Arterial Secundaria: Es la Hipertensión Arterial de causa más conocida, aproximadamente se encuentra el 5-10%. Es importante diagnosticarla porque en algunos casos pueden curarse con tratamiento médico específico.) 2.**

Causas:

1. Pueden presentarse poro carga de volumen con aumento del líquido extracelular.
2. Por vasoconstricción que da un aumento de la RPT.
3. Por combinación de sobrecarga del volumen y vasoconstricción.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES QUE INFLUYEN EN LA HIPERTENSIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES.

‡ **EDAD:** La HTA sigue siendo un tema de estudio para los investigadores, ya que se ha demostrado en grupos de personas mayores de 45-50 años de edad que el 90% de los casos desarrollan la HTA primaria y menos del 10% la secundaria. Por tal razón es importante conocer los factores de riesgos tradicionales modificables y no modificables que intervienen en el desarrollo de la enfermedad.

Entre los no modificables encontramos la edad, ésta incluye marcadamente, pues con envejecimiento las modificaciones en Sistema Nervioso Periférico y Central producen síntomas molestos. Todo esto debido a cambios que acompañan el deterioro de todos los sistemas de nuestro cuerpo, dentro de los cuales podemos citar:

1. El cerebro se retrae y la cantidad de neuronas disminuyen.
2. El flujo sanguíneo y metabólico disminuye.
3. Aumento de la susceptibilidad a los procesos degenerativos.
4. Los sistemas centrales y colinérgicos, periféricos, decaen al igual que los reflejos automáticos y de distensión muscular pierden sensibilidad. Todo esto contribuye al desarrollo de HTA en el adulto mayor.

‡ **(SEXO Y OCUPACIÓN:** La Hipertensión predomina en el sexo femenino, principalmente en las casas; estas se llevan sobre si de forma general todo el peso de la atención y el cuidado de los hijos, las labores domesticas, entre otras, por lo cual están más sometidas al estrés físico y Psíquico, estas no realizan ejercicios físicos saludable y tienen tendencia al sedentarismo.

Factores que influyen en la aparición de la HTA, además otras causas que pudieran determinar una mayor prevalencia de las amas de casa, es el hecho del escaso número de dirigentes y profesionales dentro de la población estudiada.

BAYAD, encontró en un estudio realizado en 1997, en el policlínico comunitario Dr. Mario Muñoz Monrroy del poblado de Caney, resultados similares donde hubo un predominio de las amas de casa dentro de la población estudiada.

Fonseca en un estudio llevado a cabo en 1998, en el reparto municipal cifras de iguales resultados.

Agregado a esto, debemos tener en cuenta que por encima de los 50 años es mayor en la mujer con relación a la aparición de la menopausia, durante la cual los cambios hormonales que se producen predisponen a cambios en la musculatura vascular y el endotelio vascular de la paciente. Lo que conlleva a un aumento de la resistencia a vascular periférica y por ende mayor predisposición a la HTA) 3.

✚ **RAZA:** En un intento por explicar la etiología de la HTA, se ha descrito también un componente de sensibilidad a la sal en personas de raza negra. Una gran proporción de la variación fenotípica (Expresión de los Genes), parece darse aun rasgo poligenético.

La hipótesis que involucra la raza con la HTA, es el aumento en la hiperactividad, reducción de la bomba Sodio-Potasio, anormalidades de las contrapartes de Sodio-Potasio y Litio, además una baja de sustancias endógenas.

Vasodilatadores: En los estados Unidos, se han realizados estudios específicos para identificarlos LOCI (Localización puntual de diversos genes en los cromosomas), de los genes cuya expresión resulta en HTA, en los cambios fenotípicos que podrían contribuir a ella.

Este estudio esta centrado en personas raza negra, en Estados Unidos, la prevalencia de la HTA es de un 50% mayor en individuos de raza negra que de raza blanca. En la raza negra la HTA aparece antes, es aparentemente mas grave y resulta en lates tasas de morbilidad y natalidad, de infarto, fallo cardiaco, hipertrofia del ventrículo izquierdo, e insuficiencia renal Terminal.

Para realizar este trabajo se han elegido negros con HTA y niveles de lípidos elevados en la sangre (Colesterol), ya que similares han sugerido que el fenotipo de la HTA en combinación con el de hipercolesterolemia está asociado con la enfermedad cardiovascular acelerada.

También se estima una mayor heredabilidad en varias medidas como son el tamaño del ventrículo izquierdo, índice cardíaco, la resistencia periférica total, concentraciones séricas de LDL (Colesterol Malo) y HDL (Colesterol Bueno), y leptina. Estas características fenotípicas podrían facilitar la identificación de determinantes genético específico en personas de raza negra con hiperlipidemia.

✚ **CONSUMO DE GRASA:** Según los últimos estudios realizados por OMS (Organización Mundial de la Salud), denominado CARDIAC que se llevo a cabo a escala mundial, demostró una relación directa significativa entre los niveles séricos de colesterol y la presión diastolita sanguínea, los datos actuales indican que el aumento crónico del colesterol plasmático está relacionado con el aumento de la presión diastolita sanguínea, probablemente como resultado de las alteraciones vasculares ateroscleróticas.

Dos encuestas dietéticas realizadas en Finlandia mostraron una relación inversa significativa entre el consumo de grasas saturadas y la presión sanguínea.

Según las últimas encuestas del National Health and Nutrition, examinaron (Nhanes) realizado en múltiples centro que considero 55 centros de 24 países, mostró que los niveles de colesterol sérico estaban relacionados directamente con la presión.

En conclusión la modificación de las grasas de la alimentación para bajar el nivel de lípidos de la sangre afecta indirectamente a la presión sanguínea, disminuyendo o invirtiendo el proceso de aterosclerótico, aunque los niveles elevados de los ácidos grasos n-6y n3, de cadena larga reducen la presión sanguínea elevada, su efecto es modesto especialmente en comparación con los efectos de la disminución de peso o de restricción de Sodio. Añadir sal a los alimentos ha sido una de las formas tradicionales de alargar su conservación. La sal está formada por Cloro y sodio, este último es un elemento tan fundamental que el organismo tiene diseñados sistemas específicos para controlar sus niveles

corporales. En nuestro país se estima que hay personas que consumen entre 10 y 15gr de sal diarios, aproximadamente la mitad de esta cantidad proviene de los alimentos elaborados industrialmente y el otro 50% lo añade el consumidor en la cocina o en la mesa.

Dado que el sodio representa el 40% del peso de la sal, estos valores equivalen a 4-6 gr. de sodio; si tenemos en cuenta que las perdidas diarias de sodio por la orina, heces, piel y transpiración suman un total de de 1 a 1.5 gr. Se considera que la mitad ingerida es bastante elevada. Los expertos recomiendan no sobrepasar los 45 gramos de sal diarios, lo que se traduce en 2 gr. de sodio al día.

La consecuencia más importante del exceso de sal en la dieta es la hipertensión. Pero la relación entre la ingesta de sal hipertensión se ha magnificado, al menos en algunos casos.

✚ **CONSUMO DE SODIO:** Debido a la creencia de que el ingreso de sodio contribuye a la HTA, se han publicados miles de estudios experimentales, clínicos y epidemiológicos. Cualquier teoría sobre la patógena de la HTA primaria tiene que justificar el hecho de que la ingesta de grandes cantidades de sodio en la dieta es un factor importante pero no suficiente.

Se plantea que alrededor del 60% de los pacientes hipertensos son sensibles a la sal, mientras que el resto no se le modifica su enfermedad. Por parte, estudios clínicos han demostrado que cuando la ingestión de sodio en la dieta disminuye suele producirse un descenso de la PA.

Además se conoce que una carga de sodio produce cambios bioquímicos y fisiológicos en el organismo que podrían explicar el efecto hipertensor del sodio, como por ejemplo:

- El aumento de sodio en la pared de las arteriolas de personas y animales hipertensos hacen que se incremente la respuesta vasoconstrictora de estas.

FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES

⚡ **Tabaquismo:** El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3 millones de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas, los fumadores tienen el doble de posibilidades de padecer HTA.

⚡ **Alcohol:** El consumo de una copa de alcohol aumenta PAS en 1mm/Hg y la PAD en 0.5 mm/Hg, se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mm/Hg y PAD de 4.7 mm/Hg más elevado que lo que lo hacen una vez por semana; independientemente del consumo semanal total.

⚡ **Sedentarismo:** Esta aumenta la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo de mayor de 20-25% de contraer HTA. Existe una importancia evidencial que sugiere que las poblaciones con mayor actividad física tienen una menor mortalidad cardiovascular, especialmente por cardiopatía coronaria, incluso se ha demostrado en estudios de necrosis por muertes accidentales, que la extensión y la intensidad de las lesiones coronarias es menor al compararla con grupos sedentarios aún más aquellos con una actividad física recreativa moderada extralaboral (150-250 calorías/24hr).

Existe una menor tasa de morbilidad coronaria, esto se refleja especialmente en una menor frecuencia de muertes súbitas no habiéndose demostrado un beneficio adicional con actividades físicas más intensas.

El principal mecanismo propuesto es una mayor eficiencia cardíaca frente al ejercicio físico, después de un periodo de tiempo se reduce la demanda de oxígeno al miocardio y arritmias fatales en condiciones de circulación coronaria crítica. En efecto, los individuos más activos tienen una frecuencia cardíaca menor en el reposo y por ejercicio, toleran un mayor tiempo de ejercicio y tienen una mayor capacidad aeróbica máxima, como efecto adicional, la actividad física contribuye a mantener el peso corporal.

✦ **Nutricionales:** El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la HTA. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles e colesterol LDL.

✦ **Obesidad:** El exceso de peso esta asociado con riesgos seis veces mayor de padecer HTA, al igual que un incremento de 27 por cada 10kg. De aumento de peso los PAS aumenta de 2-3 mm/Hg y la PAD de 1-3 mm/Hg.

La circunferencia abdominal de 85 cm. En mayores y de 98 cm. En hombres está asociada a mayor riesgo de HTA, ya dislipedemia, etc.

CONSUMO DE CARBOHIDRATOS

(Los carbohidratos son unos de los nutrientes de mayor importancia en la dieta. Pueden clasificarse en carbohidratos simples o azúcares simples, como en el azúcar de mesa, el azúcar de las frutas o el azúcar de las leches, o carbohidratos compuestos que se encuentran en el pan, las pastas, el arroz y los frijoles.

En un hecho conocido, que las dietas con un alto contenido de carbohidratos elevan los niveles de triglicéridos, por un aumento de la síntesis hepática de triglicéridos. Conviene en este caso reducir la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos simples, principalmente en los adultos hipertensos, debido a que estos contribuyen en el aumento arterial.

Los hidratos de carbono refinados son aquellos que han sido procesados comercialmente y han perdido contenido en fibras y vitaminas. Lo cual aumenta el índice glucémico y la TA.

La carga de glucosa está definida con el índice glucémico de un alimento multiplicado por el porcentaje de energía de forma de hidratos de carbono y constituye un indicador global de la demanda de insulina. Una comida que produce un índice glucémico elevado, genera mayores valores de glucemia que una comida con bajo índice glucémico y esto produce un aumento de la secreción de insulina por las células beta.

El azúcar simple comprende el 50% de fructosa y el 50% de glucosa, el creciente consumo de fructosa en cierta medida es el responsable de la obesidad y de la HTA en los países desarrollados.

El metabolismo de la fructosa se diferencia de otros monosacáridos como la glucosa porque modifica la dinámica de la insulina. La fructosa es absorbida en intestino por el transportador GLUT5 y por vía del sistema porta, es captada por los receptores del hígado, aquí la fructosa es convertida en fructosa 1-fosfato y entra en el ciclo glucolítico, saltando los principales pasos reguladores de la glucólisis que son controlados por la fosfofructokinasa. Esta enzima responde a cambios en los depósitos de glucosa y en los productos de glucólisis, por lo que ejerce un fuerte control sobre el metabolismo de glucosa, no así sobre la fructosa que ingresa al ciclo glucolítico sin ninguna regulación. Esto genera la acumulación de intermediarios de la glucólisis que son convertidos a glicerol y acetil-coenzima A. Antes de ser sintetizados en ácidos grasos, lipoproteínas de muy baja densidad y triglicéridos. La ingesta de fructosa no suprime la producción de glucemia, probablemente porque la fructosa no estimula la secreción de insulina. La falta de insulina a su vez reduce la producción de leptina, que afecta negativamente al Sistema Nervioso Central, sobre la percepción de depósitos de energía por todos esos mecanismos la fructosa predispone a la obesidad, a la diabetes mellitas tipo II y a la hipertensión Arterial) 4.

4. SALGADO SALES, Pedro. Salud Pública, Editorial océano, pagina 660-665.

MENÚ GUÍA DE UN ADULTO HIPERTENSO

✚ Desayuno

Bebidas: Porción de frutas o jugo.

Carbohidratos: Arepa de Maíz (una pequeña), guineo cocido.

Proteínas: Clara de huevo.

Merienda: Frutas.

✚ Almuerzo

Sopa de verduras, arroz (media porción), papa o yuca.

Proteínas: Pollo, pescado (asado o sudado)

Vegetales: Cocidos, sopas, frescos (1 Taza)

Granos: Un plato postrero.

✚ Cena

Bebidas: Jugo de frutas (1 hora después de cada comida)

Proteínas: Pollo a la plancha con vegetales (sin harina)

Recomendaciones:

1. Mantener un horario de comidas específico, comer despacio, masticar bien los alimentos.
2. No omitir ninguna de las tres comidas principales.
3. Servir los alimentos en platos más que los actuales.

4. Evite comer en el transcurso del día dos o tres antes de acostarse.
5. No asista a una reunión social con el estomago vacío.
6. Prepare las sopas de verduras así: Apío, cebolla, habichuela, espinacas, todo finamente picado, puede adicionar carne o pollo.
7. Cocine las pastas con poco aceite, acompañe con salsa de tomate preparada en casa o salsa blanca preparada con leche descremada, harina de trigo, mantequilla Light y queso descremado.
8. Marine previamente la carne, pollo, pescado con hojas de laurel, apio, cebolla, ajo, deje madurar la carne y tomar el sabor natural de las verduras.
9. Durante el fin de semana prefiera alimentos con bajo contenido de grasas y azúcares.
10. Evite fritos, embutidos, gaseosas, comidas rápidas.
11. Consuma comidas con alto contenido de fibras y realice actividad física.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Toma de la Presión Arterial: La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana para hipertensión arterial en los diferentes grupos de la población. El esquema para la toma de la presión arterial planteado es el sugerido por Sexto Comité Nacional (JNCVI), basada en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y OPS.

Adecuada Técnica en la Medición de la Tensión Arterial

1. La persona debe estar sentada en una silla con su espalda, sus antebrazos apoyados y sus brazos a nivel del corazón.
2. No haber fumado o ingerido cafeína durante los treinta minutos previos a la medición.
3. La medición debe hacerse después de cinco minutos de reposo.
4. El tamaño del brazalete debe ocupar el 80% de la longitud total del brazo.
5. Preferiblemente con un esfigmomanómetro de mercurio, o manómetro aneroides recientemente calibrado o medidor eléctrico validado, deben promediarse dos o más mediciones tomadas en formas separadas con un intervalo de dos minutos.
6. Si las dos primeras mediciones difieren por más de 5 mm/Hg se deben obtener y promediar mediciones adicionales.

Para la Toma de la Tensión Arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Perfecto funcionamiento del equipo utilizado.
2. Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado.
3. Capacidad para identificar el significado de los datos obtenidos en la toma.

4. No siempre la toma de la presión arterial en el consultorio es la más objetiva, por eso en ocasiones se deben considerar las cifras tomadas en casa o hacer mediciones ambulatorias por 24 horas, cuyo uso se limita a ciertas situaciones específicas para destacar:
- ❖ Hipertensión de consultorio o bata blanca.
 - ❖ Hipertensión episódica.
 - ❖ Síntomas de hipertensión asociados con medicamentos o disfunción anatómica.
 - ❖ Síndrome de Síncope del seno carotideo.
 - ❖ Síndrome de Marcapaso.
 - ❖ Evaluación de resistencia a la droga.

Clasificación por grados de presión arterial en adultos

Teniendo el grado de presión arterial se clasifica en:

Categoría	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Presión Arterial Diastólica (mm/Hg)
Optima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal Alta	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio I	140-150	90-99
Estadio II	160-179	100-109
Estadio III	180-209	110-119

El médico, la enfermera o la auxiliar de enfermería deben informar a la persona acerca del resultado de la toma de presión arterial, orientar y dar educación sobre los estilos de vida saludable que debe seguir, y darle nueva cita con el fin de mantener la adhesión y continuidad y controles de presión arterial.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO: De acuerdo a las características, la investigación es de tipo descriptivo que servirá para determinar la población de adultos hipertensos.

UNIVERSO: La investigación se efectuó en el barrio Sourdis de Barranquilla, Atlántico con cien adultos hipertensos entre edades de 50-70 años.

7.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO: Adultos hipertensos entre edades de 50-70 años de edad en el barrio Sourdis de Barranquilla, Atlántico.

Existen varias fórmulas para calcular el tamaño de la muestra, a continuación se indica una de ellas, la cual se emplea cuando conocemos el tamaño de la población donde:

N: Es el tamaño de la muestra.

Z_{α/2}: Nivel de confianza 95%, la constante es de 1.96%

P: Variabilidad Positiva.

 : Variabilidad Negativa.

N: Tamaño elegible o universo.

e: Error de la muestra.

Nuestra unidad de análisis son los adultos de 50-70 años de edad; es importante destacar que la investigación se llevará a cabo con un grupo de hipertensos que asisten al puesto de salud de Rozur 7, nuestra población elegible fueron 30 adultos y la muestra fue de 20 para nuestra investigación.

7.3. Fuente de Información: La información fue recolectada a través de los habitantes del barrio Sourdis de Barranquilla.

Recolección de la Información: Las técnicas empleadas para la recolección y análisis de los datos fueron:

Recolección Primaria: En esta técnica usamos las visitas domiciliarias donde observamos las condiciones y estilos de vida poco saludables de los adultos hipertensos residentes en el barrio Sourdis de Barranquilla.

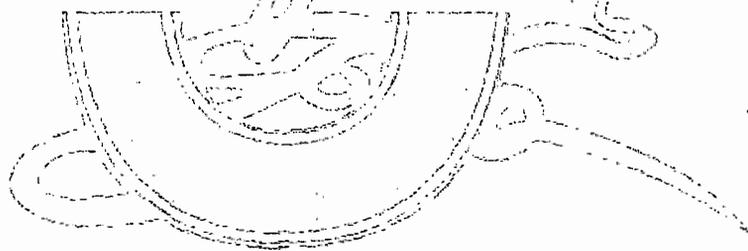
Encuestas: Las cuales confirmaron con exactitud los factores que se asocian a la hipertensión arterial en los adultos hipertensos.

Recolección Secundaria:

Utilizamos las técnicas documentales basadas en la revisión bibliograficas de textos, revistas, folletos, Internet, ETC.

Presentación de la Información: Será presentada a través de gráficas, barras de frecuencia y barras simples para cada una de las variables.

7.4. Plan de Análisis: Una vez recolectada la información y llevado a cabo el respectivo análisis de cada uno de los instrumentos aplicados en la comunidad objeto de estudio, se pasa a presentar de manera descriptiva y perceptual el análisis de los resultados.



7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	ESCALA	CATEGORÍA
CARACTERÍSTICAS DE PERSONAS	Edad	Años de vida cumplidos en el adulto hipertenso en el momento de investigación.	Cuantitativo	Razón	50-55 56-60 61-65 66-70
	Sexo	Características Morfo-fisiológicas que distinguen al hombre de la mujer en los adultos hipertensos.	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
	Ocupación	Actividad u oficio que realiza los adultos hipertensos.	Cualitativo	Nominal	Obrero Comerciante Vendedor Ambulante Ama de Casa Otros
	Origen Étnico	Se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.	Cuantitativo	Razón	Blanco Negro Mestizo
	Herencia	Presencia de enfermedades cardiovasculares.	Cualitativo	Nominal	Padre Madre Abuelo Tía- Tío
			Es el responsable de más de 3 millones de muertes en el mundo y el 25% de las enfermedades	Cuantitativo	Razón

	Tabaquismo	coronarias.			Más de 1 caja/día
	Alcoholismo	Consumo excesivo de bebidas alcohólicas.	Cuantitativo	Nominal	Diariamente Semanalmente Quincenalmente Mensualmente
	Sedentarismo	Aumenta la masa corporal (Sobrepeso) como consecuencia aumenta el colesterol.	Cualitativo	Nominal	Si No
	Obesidad	Relación de la masa definida en Kg sobre el cuadrado de la estatura evaluada e la población objeto de estudio.	Cualitativo	Ordinal	Delgado Normal Sobrepeso Obesidad Leve Obesidad Moderada Obesidad Extrema
HÁBITOS ALIMENTICIOS	Consumo de Grasa	Sustancia compuesta de lípidos o ácidos que son ingeridos por adultos hipertensos diariamente.	Cualitativo	Nominal	*Elevado: Más de tres alimentos fritos diarios. *Bajo: 1 Alimento frito diario. *Normal: 2 Alimentos fritos diarios.

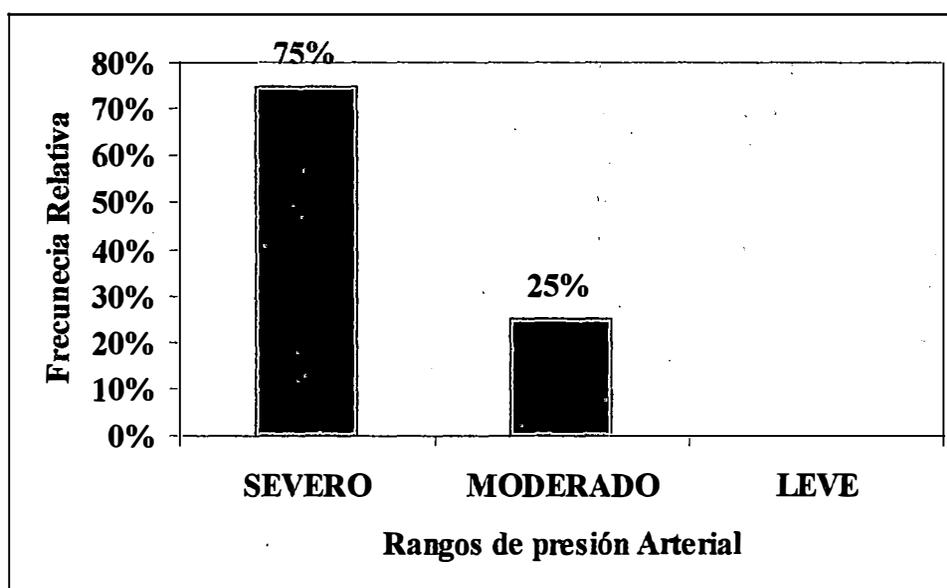
Consumo de Sal	Compuesto formado por la reacción química entre un ácido y una base, que son ingeridos por adultos hipertensos diariamente.	Cualitativo	Nominal	*Elevado: Alimentos salados. *Bajo: Alimentos sin Sal. *Normal: Dos harinas diarias.	
Consumo de Carbohidratos (Harinas)	Sustancia compuesta por tubérculos y legumbres que ingeridas por los adultos hipertensos diariamente.	Cualitativo	Nominal	*Elevado: Más de tres harinas diarias. *Bajo: una harina diaria. *Normal: Dos harinas diarias.	
Consumo de Carbohidratos (Azúcar)	Sustancia blanca cristalina de sabor muy dulce, perteneciente al grupo químico de los hidratos de carbono, que son ingeridas por adultos hipertensos diariamente.	Cualitativo	Nominal	*Elevado: Consume dulces y bebidas azucaradas. *Bajo: No consume dulce. *Normal: Endulzadas con stevia o panela	



7.6. TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Rangos de presión en los hipertensos del Barrio Sourdis de Barranquilla 2005-2006.

Rangos de presión Arterial	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Severo	15	75%
Moderado	5	25%
Leve	-	-
Valor Total	20	100%

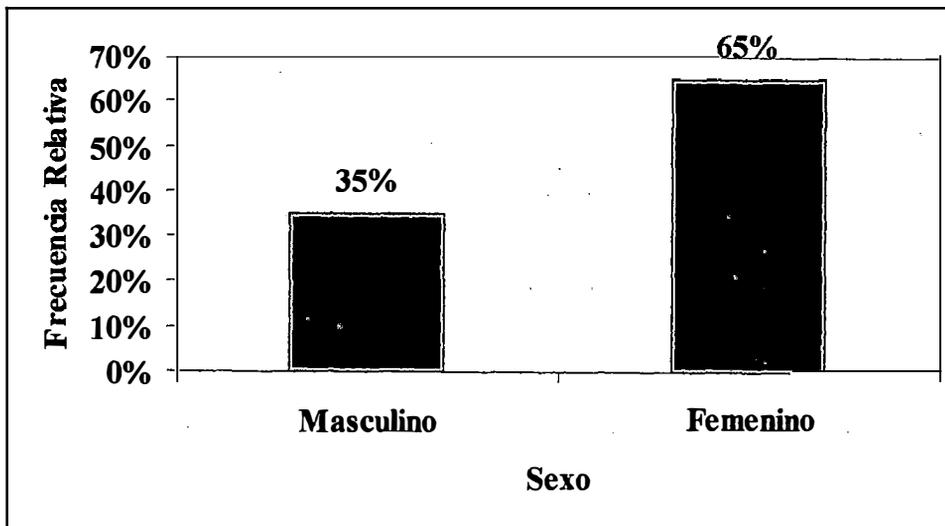


Fuente: Tamizaje de Presión arterial a los adultos hipertensos del Barrio Sourdis de Barranquilla, Atlántico.

El 75% de los hipertensos registraron rangos de presión arterial severo y el 25% de los habitantes registraron rangos moderados.

Hipertensión Arterial de los adultos mayores del Barrio Sourdís del año 2005-2006, según sexo.

Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
Masculino	7	35%
Femenino	13	65%
Valor Total	20	100%

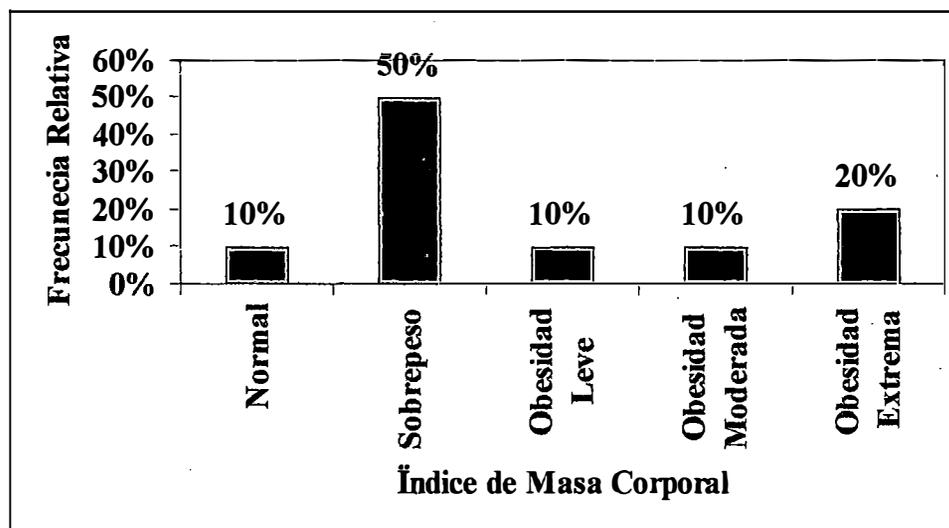


Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio.

El 65% de los hipertensos son mujeres y el 35% son hombres.

‡ Índice de masa corporal encontrados en los Adultos Hipertensos del Barrio Sourdis de Barranquilla, 2005-2006.

Índice de Masa Corporal	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta
Delgado	-	-
Normal	2	10%
Sobrepeso	10	50%
Obesidad Leve	2	10%
Obesidad Moderada	2	10%
Obesidad Extrema	4	20%
Valor Total	20	100%

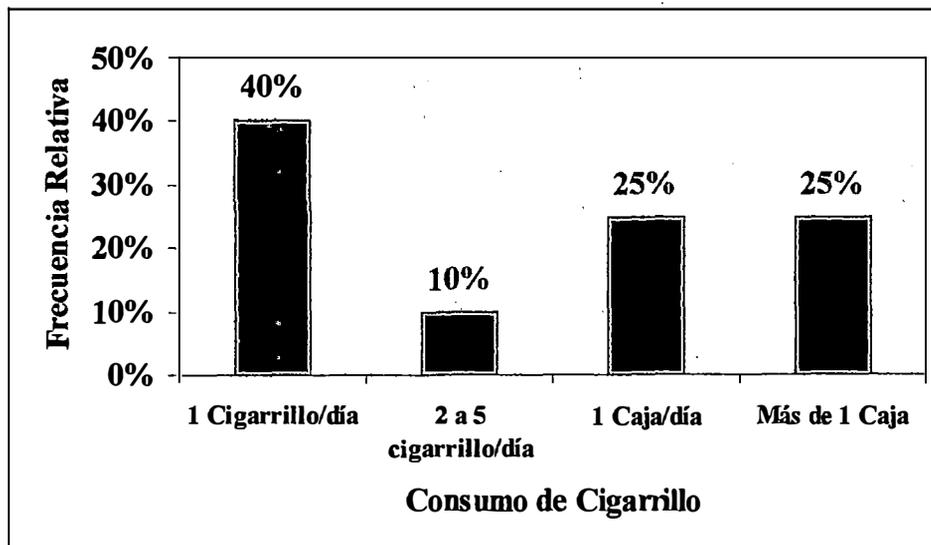


Fuente: Toma de peso a los hipertensos de Barrio Sourdis de Barranquilla 2005-2006.

Un 10% de los hipertensos tienen peso normal, el 50% presenta sobrepeso, otro 10% presenta obesidad leve, el 10% obesidad moderada y un 20% obesidad extrema.

Consumo de Cigarrillo en los Hipertensos del Barrio Sourdis de Barranquilla, 2005-2006.

CONSUMO DE CIGARRILLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
1 Cigarrillo/día	8	40%
2 a 5 cigarrillo/día	2	10%
1 Caja/día	5	25%
Más de 1 Caja	5	25%
Valor Total	20	100%

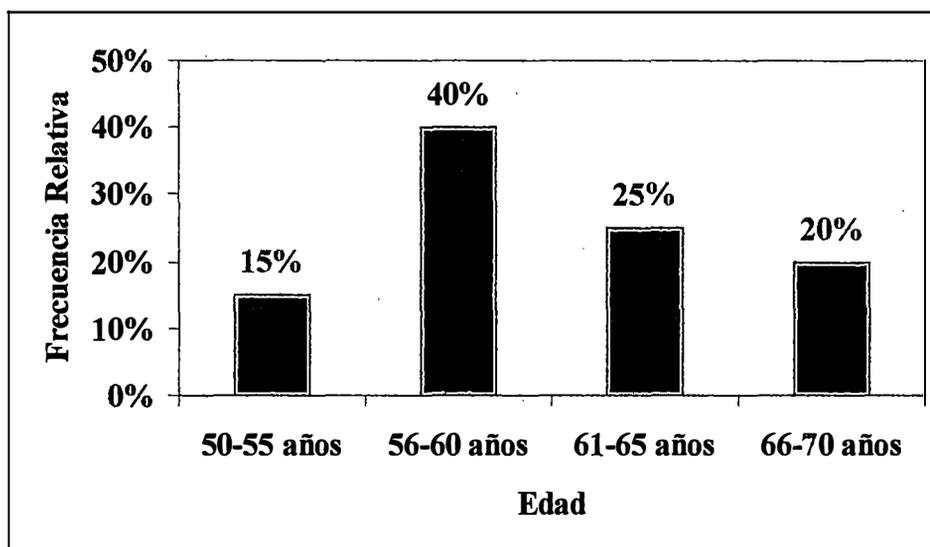


Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio.

El 40% de los hipertensos consumen 1 cigarrillo por día, el 10% de los hipertensos consumen de 2 a 5 cigarrillos por día, el 25% una caja por día y el otro 25% de la población encuestada consume más de una caja por día.

✦ Edad de los Adultos Hipertensos del Barrio Sourdis de Barranquilla, 2005-2006.

EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
50-55 años	3	15%
56-60 años	8	40%
61-65 años	5	25%
66-70 años	4	20%
Valor Total	20	100%

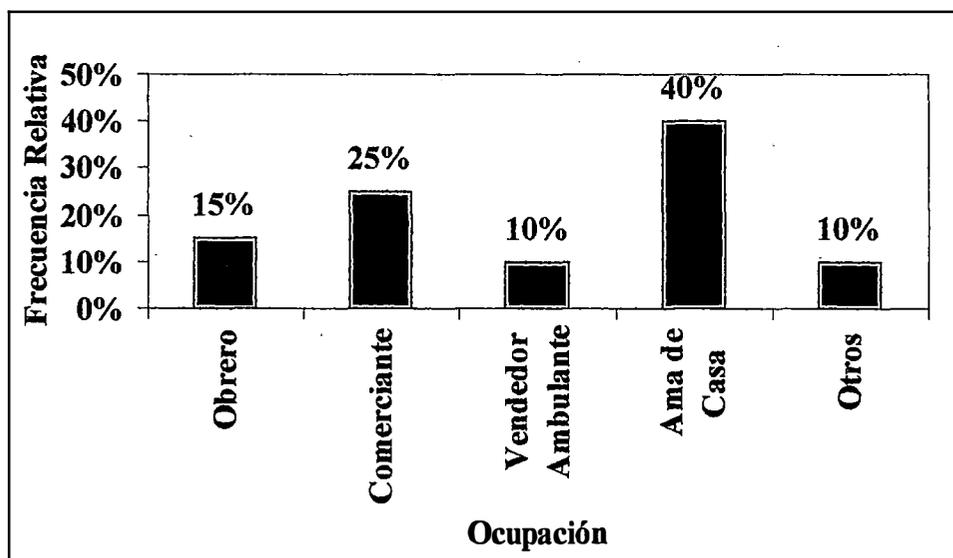


Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio.

El 15% de los hipertensos se encuentra entre las edades de 50-55 años, el 40% entre las edades de 56-60 años, el 25% de los hipertensos entre edades 61-65 años y el 20% final de los hipertensos evaluados se encuentran entre edades de 66-70 años.

‡ Hipertensión Arterial de acuerdo a la ocupación de los Adultos Mayores del Barrio Sourdís de Barranquilla.

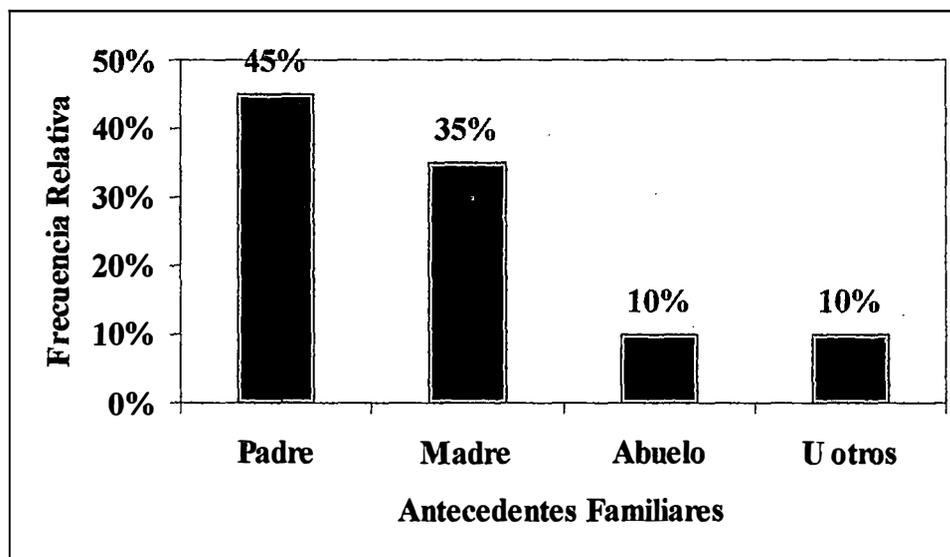
OCUPACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Obrero	3	15%
Comerciante	5	25%
Vendedor Ambulante	2	10%
Ama de Casa	8	40%
Otros	2	10%
Valor Total	20	100%



Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio. El 15% de los hipertensos laboran como obreros, el 25% labora en el sector comercial, un 10% laboran como vendedores ambulantes y un 10% se encuentra laborando en otros sectores.

✦ Antecedentes Familiares de Hipertensión en los Adultos Hipertensos del Barrio Sourdis de Barranquilla, 2005-2006.

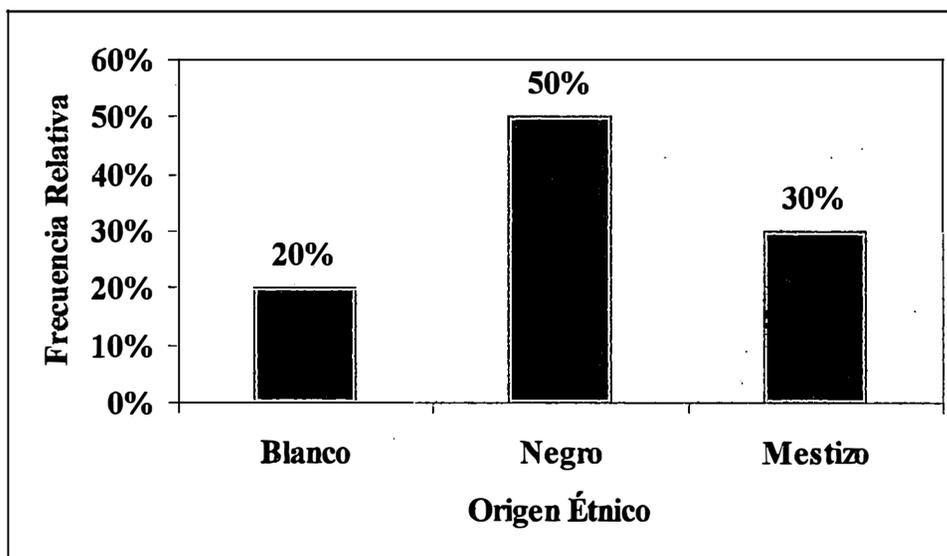
ANTECEDENTES FAMILIARES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Padre	9	45%
Madre	7	35%
Abuelo	2	10%
U otros	2	10%
Valor Total	20	100%



Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio.
El 45% de la población heredaron la hipertensión de los Padres, el 35% de las madres, el 10% de los Abuelos y el 10% restante de otros familiares.

‡ Hipertensión Arterial de acuerdo al Origen Étnico de los adultos mayores del Barrio Sourdís de Barranquilla, 2005-2006.

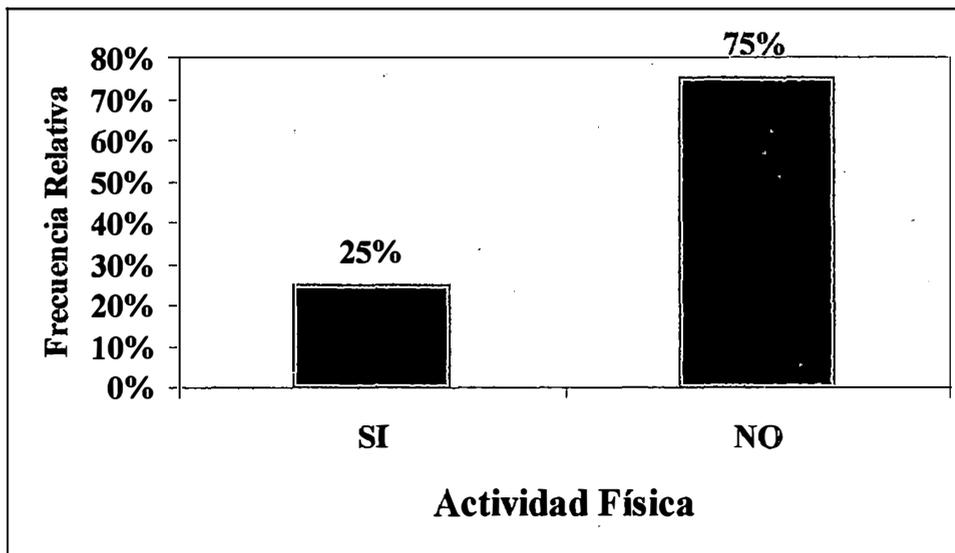
ORIGEN ÉTNICO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Blanco	4	20%
Negro	10	50%
Mestizo	6	30%
Valor Total	20	100%



Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio. El 20% de los hipertensos son de raza Blanca, el 50% son de raza Negra y el 30% son Mestizos.

Actividad Física practicada por los hipertensos del Barrio Sourdis de Barranquilla, 2005-2006.

ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	5	25%
NO	15	75%
Valor Total	20	100%

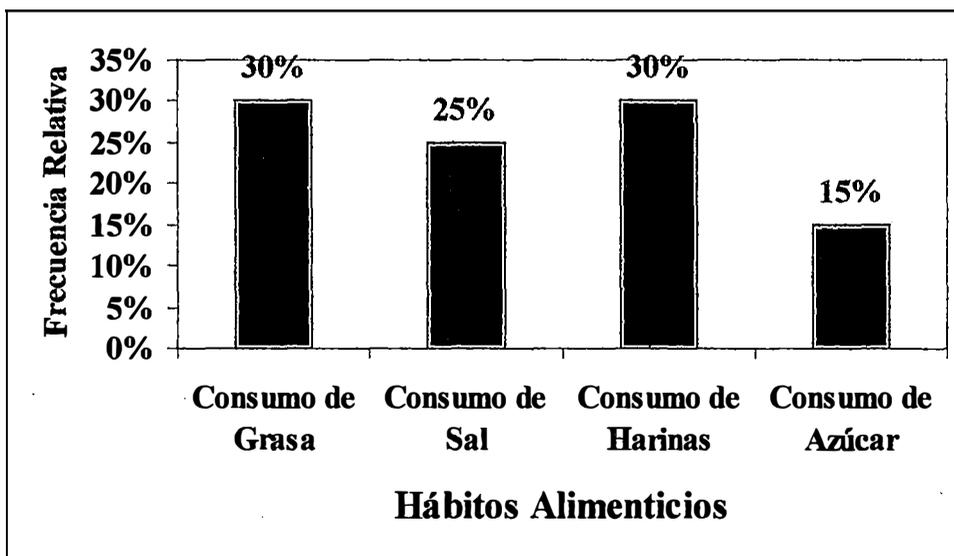


Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio.
El 25% de la población hipertensa realiza actividad física, por el contrario el 75% de la población encuestada no realiza ninguna actividad.



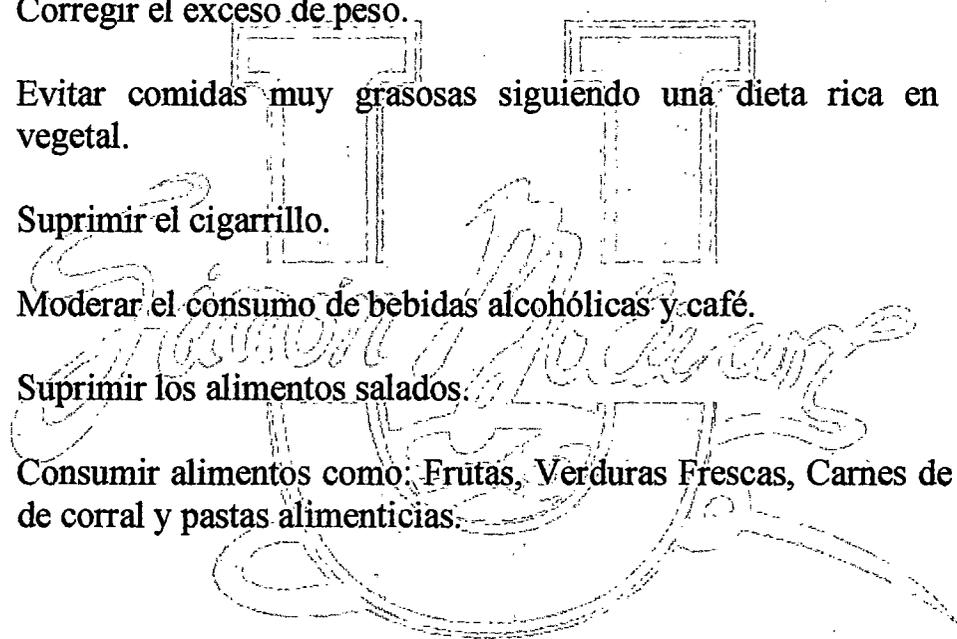
✦ Hábitos Alimenticios de los Hipertensos Encuestados en el Barrio Sourdis de Barranquilla, 2005-2006.

HÁBITOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Consumo de Grasa	6	30%
Consumo de Sal	5	25%
Consumo de Harinas	6	30%
Consumo de Azúcar	3	15%
Valor Total	20	100%



Fuente: Encuesta de información a la población objeto de estudio.
El 30% de la población encuestada consume alimentos grasos, el 25% consume alimentos salados, el 30% consume harinas y el 15% tiene una dieta en base a azúcares.

8.1. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN HIPERTENSA

- ✦ Control diario de la Presión Arterial.
 - ✦ Control médico mensual.
 - ✦ Corregir el exceso de peso.
 - ✦ Evitar comidas muy grasosas siguiendo una dieta rica en fibra vegetal.
 - ✦ Suprimir el cigarrillo.
 - ✦ Moderar el consumo de bebidas alcohólicas y café.
 - ✦ Suprimir los alimentos salados.
 - ✦ Consumir alimentos como: Frutas, Verduras Frescas, Carnes de aves de corral y pastas alimenticias.
- 
- 

IX. PRESUPUESTO

A	Transporte	\$ 200.000.00
B	Trascripción	\$ 150.000.00
C	Anillado y Empaste	\$ 29.000.00
D	Papelería	\$ 8.000.00
E	Internet	\$ 15.000.00
F	Fotocopias	\$ 20.000.00
G	Otros Gastos	\$ 15.000.00
Total de Gastos		\$ 437.000.00

Este se realizó desde el segundo periodo del 2005 hasta el segundo periodo del 2006.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AGOSTO 05	SEPTIEMBRE 05	OCTUBRE 05	NOVIEMBRE 05
Selección del Tema.	*			
Someter el tema para su escogencia por el comité de la investigación.		*		
Aceptación del Tema.	*			
Valoración de Peso y primer contacto con la comunidad.		*		
Iniciación de la investigación.		*		
Asesoría por la docente Mariela Suárez.	*	*	*	*
Entrega del trabajo.				*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FEBRERO 06	MARZO 06	ABRIL 06	MAYO 06	JUNIO 06
Asesoría por la Docente Maria Dolores.	*	*	*	*	*
Replantear Introducción, Objetivo y Título.		*			
Revisión Bibliográfica, Marco teórico y Justificación.			*		
Elaboración de Encuestas, Diseño Metodológico y Cuadro de Variables.				*	
Entrega del Trabajo.					*
Sustentación del Trabajo.					*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AGOSTO 06	SEPTIEMBRE 06	OCTUBRE 06	NOVIEMBRE 06
Asesoría con la Docente Gloria Lastre.	*	*	*	*
Revisión Bibliográfica.	*	*		
Modificación del Diseño Metodológico.		*		
Replantear Título, Objetivos, Reforzar Marco Teórico.			*	
Realización del Tamizaje de Hipertensión.			*	
Entrega del Trabajo.				*
Sustentación.				*

XI. BIBLIOGRAFÍA

- # ACOSTA HOYOS, Luís Eduardo. Manual de técnicas de la investigación. Medellín: Asbiarpi, 1970.
- # B. Robert. Manual Merck, Editorial Océano, pagina 1035- 1090.
- # DE LA TORRE VILLAR, Ernesto y NAVARRO DE ANDA, Ramiro. Metodología de Investigación: Bibliografía archivista y documental. México; Mac Graw Hill, 1982, pagina 37.
- # GISPERT, Carlos y Gay José. Manual de Enfermería. España: Océano Centrum. 1998, pagina 170.
- # [http:// www.google.com.co](http://www.google.com.co)
- # [http:// www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- # [http:// www.yahoo.com](http://www.yahoo.com)
- # [http:// www.clasgne.apc.org/RHA/insulina](http://www.clasgne.apc.org/RHA/insulina)
- # SALGADO SALES, Pedro. Salud Pública, Editorial océano, pagina 660-665.

XII. ANEXOS

**12.1. UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA
ENCUESTA REALIZADA A LOS ADULTOS DEL BARRIO
SOURDIS**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____

TELÉFONO: _____

Cifras tensionales que maneja usted en los dos últimos controles:

140/90mm/Hg-150/100mm/Hg _____

150/101mm/Hg-160/110mm/Hg _____

161/111mm/Hg-170/120mm/Hg _____

171/121mm/Hg-180/130mm/Hg _____

I. CARACTERISTICAS PERSONALES:

a) AÑOS DE VIDA CUMPLIDOS

50-55 años _____

56-60 años _____

61-65 años _____

66-70 años _____



b) SEXO

Femenino _____

Masculino _____

c) ¿USTED A QUÉ SE DEDICA?

Obrero _____

Comerciante _____

Vendedor Ambulante _____

Ama de Casa _____

U Otros _____

d) ORIGEN ÉTNICO

Blanco _____

Negro _____

Mestizo _____

e) ¿USTED TIENE FAMILIARES QUE PADEZCAN DE HIPERTENSIÓN?

Padre _____

Madre _____

Abuelos _____

U Otros _____

f) ¿CONSUME USTED CIGARRILLO? SI ___ NO ___

1 cigarrillo/día _____

2 a 5 cigarrillos/día _____

1 caja/día _____

Más de 1 caja _____

g) ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI ___ NO ___

¿Con qué frecuencia?

Diariamente _____

Semanal _____

Quincenal _____

Mensual _____

h) ¿REALIZA USTED EJERCICIOS?

SI _____

NO _____

i) DE ACUERDO A SU TALLA Y PESO USTED SE
CONSIDERA:

Delgado _____

Obesidad Leve _____

Normal _____

Obesidad Moderada _____

Sobrepeso _____

Obesidad Extrema _____

II. HÁBITOS ALIMENTICIOS:

a) EL CONSUMO DE GRASA DIARIO ES:

Elevado _____

Bajo _____

Normal _____

b) EL CONSUMO DE CARBOHÍDRATOS (HARINAS)

DIARIO ES:

Elevado _____

Bajo _____

Normal _____

c) CONSUMO DE AZÚCAR ES:

Elevado _____

Bajo _____

Normal _____

- 1 Hipertensión arterial
- 2 infarto del corazón.
- 3 presión sanguínea
- 4 Desórdenes Alimenticios
- 5 sedentarismo
- 6 Estilo de vida no saludable.
- 7 Ejercicios
- 9 Enfermedad