



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE LA
PREDISPOSICIÓN A NEFROESCLEROSIS HIPERTENSIVA.
POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO,
MAYO, 2008**

**POR:
KAROL E. FLORES S.
2-707-2175**

**Tesis presentada como uno de
los requisitos para optar al grado
de Maestría en Enfermería con
Especialización en Nefrología.**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ
2009**

AGRADECIMIENTO

Para el logro de este trabajo final le agradezco primero a Dios, a la Virgen María y a San Roque.

A mi madre, hermano y a Eric que siempre han sido mis pilares para seguir adelante.

A mis compañeros de trabajo; y a mis amigas Nany, Mabel, Dolores, Zuleika y Leidys de Cedeño quienes siempre estuvieron junto a mí en mis momentos de angustia y siempre tuvieron una palabra de aliento para seguir adelante.

A mis profesores del programa de maestría y a mi asesora de tesis Dra. Lydia Gordón de Isaacs.

Simplemente "Gracias"

Karol

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi madre Elizabeth Salazar, a mis abuelos Marcos y Otilia; a mi padre y hermano; y a Eric quienes han sido y serán las personas que siempre de una u otra forma han estado presentes para el logro de mis metas.

También a alguien muy especial que ha estado junto a mí en el desarrollo de este trabajo, esta persona excepcional se llama Giovanna, quien sin su ayuda y su apoyo no hubiese podido lograr culminar el mismo.

Con amor,

Karol

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	xiv
INTRODUCCIÓN	xvii
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL.....	1
1.1. Definición del problema	2
1.2. Justificación del estudio.....	2
1.3. Objetivos	3
1.3.1. General.....	3
1.3.2. Específicos.....	3
1.4. Variables	4
1.4.1. Definición de variables.....	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	7
2.1.1. Conceptualización de hipertensión y trastorno renal	9
2.1.2. Clasificación de la hipertensión arterial	9
2.1.3. Factores que influyen en la tensión arterial	15
2.1.4. Influencia la renina en la hipertensión arterial.....	16
2.1.5. Lesión renal secundaria a hipertensión arterial y nefrosclerosis maligna.....	18
2.1.6. Insuficiencia renal aguda	19
2.1.7. Insuficiencia renal crónica	20
2.1.8. Fisiopatología de la hipertensión arterial en presencia de insuficiencia renal	20

	Página
2.2. Marco empírico.....	22
2.3. Teoría.....	30
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
3.1. Tipo de investigación.....	40
3.2. Diseño del estudio.....	40
3.3. Población	40
3.4. Muestra.....	40
3.5. Instrumento	41
3.6. Procedimiento para el procesamiento de datos.....	42
3.7. Tipo de representación que se utilizará para los datos.....	42
3.8. Limitaciones del estudio	42
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	43
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS.....	79

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.		Página
1	POBLACIÓN HIPERTENSA QUE ACUDE A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN SEXO Y EDAD. MAYO, 2008.....	44
2	CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN FRECUENCIA DEL CONTROL Y SEXO. MAYO, 2008	47
3	CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008	50
4	TRATAMIENTO MÉDICO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008	53
5	HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008	57
6	FACTORES DE RIESGO QUE PRACTICAN LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.....	61
7	VÍNCULO LABORAL SEGÚN SEXO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.		Página
1	POBLACIÓN HIPERTENSA QUE ACUDE A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN SEXO Y EDAD. MAYO, 2008.....	46
2	CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN FRECUENCIA DEL CONTROL Y SEXO. MAYO, 2008.....	49
3	CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.....	52
4	TRATAMIENTO MÉDICO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.....	56
5	HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.....	60
6	FACTORES DE RIESGO QUE PRACTICAN LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.....	64
7	VÍNCULO LABORAL SEGÚN SEXO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.....	68

RESUMEN

Resumen

La hipertensión arterial es un trastorno de carácter multicausal, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial. La identificación de los factores de riesgos constituye una tarea importante para su prevención, tratamiento y control; y por ende, para evitar complicaciones como las nefropatías.

Este estudio buscaba determinar el conocimiento de los pacientes hipertensos sobre su predisposición a la nefroesclerosis hipertensiva.

Se tomó una muestra de 64 pacientes que llegaron a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego durante el mes de mayo de 2008, teniendo presente que el promedio mensual de pacientes que acuden a esta consulta es de 80 pacientes.

El instrumento utilizado fue una encuesta, cuyo contenido fue validado por el juicio de expertos.

De acuerdo a los resultados del estudio, se encontró que el desconocimiento de los pacientes encuestados sobre la hipertensión, sus complicaciones y el control adecuado, podría estar relacionado a la incidencia de la nefroesclerosis, ya que el 46% manifestó tener hábitos dietéticos que no son los más adecuados. Por otro lado, 69% de la muestra correspondió a amas de casa y personas jubiladas que

acuden a sus controles por tener el tiempo; sin embargo, sólo 16% eran personas que trabajan. No obstante, 78% de la muestra indicó tener factores de riesgo presentes, lo que aumenta su predisposición a las nefropatías.

Generalmente, los indicadores de conocimiento de la hipertensión y sus complicaciones parecen indicar que este es un factor que podría estar relacionado a la incidencia de la nefropatía en pacientes hipertensos.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico de etiología variada. En el 90% de los casos la causa es desconocida. En el 5 - 10% de los casos existe causa directamente responsable de la elevación de las cifras lesionales, esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

La hipertensión arterial ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezca se relacionan directamente con el grado de control de la hipertensión arterial.

La hipertensión puede ser causa y consecuencia del daño renal y puede acelerar la evolución de las enfermedades renales.

Usualmente el daño hipertensivo a la musculatura y al parénquima renal es paulatino, crónico, evolutivo y silencioso; permanece asintomático hasta que se hace aparente la insuficiencia renal.

La hipertensión es un factor reconocido de riesgo cardiovascular y cerebrovascular, y la segunda causa directa de entrada en programas de diálisis en Estados Unidos según datos del United States Registry's Data System, año 2005.

En Panamá según datos del Ministerio de Salud, la hipertensión arterial se encuentra dentro de las primeras diez causas de consultas con un total de 21,119 en el año 2006, lo cual representa una tasa de 643.1 por 100,000 habitantes. Además, en el grupo de edad de 20-59 años ocupa la sexta posición de consulta con 11,163 y

en la población de 60 años o más fue la primera causa de consulta con 9,952.1 en el 2006.

En nuestro país, el 10% de los pacientes que ingresan al programa de diálisis son pacientes hipertensos que llegaron a tener daño renal; no obstante, cabe mencionar que a este grupo no se integran aquellos hipertensos que aún no han sido diagnosticados y que han fallecido sin saber su diagnóstico.

Sin embargo, en los últimos años vemos el incremento de pacientes con insuficiencia renal secundaria a hipertensión, es por ello que surge la imperante necesidad de realizar un estudio donde se refleje el "conocimiento previo de pacientes hipertensos acerca de la predisposición a padecer nefroesclerosis hipertensiva", para tratar así de buscar las estrategias que permitan disminuir el número de pacientes hipertensos que llegan a desarrollar nefropatía hipertensiva.

Este estudio está dividido en cuatro capítulos que se distribuyen así: el primer capítulo corresponde al marco conceptual, donde se detallan el problema, justificación, los objetivos y necesidades del estudio. El segundo capítulo presenta el marco teórico, donde se hace mención de los antecedentes del estudio, también se desarrolla el marco empírico y la teoría de enfermería utilizada en el mismo. El capítulo tercero especifica el proceso metodológico utilizado, el cual facilita la obtención de datos, como también la información relacionada con el problema objeto del estudio. El cuarto capítulo presenta el análisis e interpretación de datos, el cual representa la parte esencial del estudio, pues permite establecer una correlación con

la situación real detectada. Por último, se concluye con las conclusiones y recomendaciones.

Esperamos que este trabajo de investigación sea motivo de inspiración para todos aquellos que desean conocer más a fondo sobre la nefroesclerosis y el paciente hipertenso.

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL

1.1. Definición del problema.

Cuál es el conocimiento de los pacientes hipertensos sobre su predisposición a la nefrosclerosis hipertensiva. Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Chitré, provincia de Herrera. Mayo, 2008.

1.2. Justificación del estudio.

En la actualidad la hipertensión arterial constituye uno de los factores de riesgo principales para la progresión de las enfermedades renales. La misma puede acelerar la pérdida de la función renal relacionada a la edad e implica un peor pronóstico en las nefropatías que cursan con la hipertensión.

Es por ello, que surge la inquietud de realizar un estudio donde se pueda trabajar directamente con la población hipertensa que permita evaluar el conocimiento de estos pacientes sobre la posibilidad de padecer daño renal.

Este estudio servirá al equipo multidisciplinario de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego de Chitré, para evaluar el resultado obtenido en dicho estudio y así buscar las estrategias que más convengan para mejorar la calidad de vida de los hipertensos y tratar de influir para que el número de pacientes con nefropatía hipertensiva no se incremente.

Consideramos que este estudio beneficiará no sólo al equipo multidisciplinario de salud, también a los pacientes hipertensos y a la población en general, pues

todos estamos expuestos en un momento dado a padecer de hipertensión, siendo de suma importancia que la población general conozca lo devastadora que suele ser esta enfermedad.

Considerando que el tema "salud" es de todos, este estudio busca "solamente" alternativas que puedan implementarse en los programas de salud, para así tratar de mejorar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades renales; para ello, se creó un instrumento que permitió evaluar si los pacientes hipertensos o si la población posee algún grado de conocimiento sobre cuán devastadora puede ser la hipertensión, permitiéndonos así ver claramente en dónde estamos fallando como docentes de salud y buscar las alternativas para que la población en general tome conciencia de este enemigo silencioso que día a día se apodera más de la población causando daño y pérdidas irreparables.

1.3. Objetivos.

1.3.1. General.

- Evaluar el conocimiento de los pacientes hipertensos sobre la predisposición al daño renal.

1.3.2. Específicos.

- Identificar el conocimiento de los pacientes del estudio acerca de la hipertensión arterial y sus complicaciones.
- Identificar los factores de riesgo predisponentes a padecer de nefropatía hipertensiva señalados por los pacientes del estudio.

- Determinar el conocimiento de los pacientes hipertensos estudiados sobre la predisposición a nefropatía hipertensiva.

1.4. Variables.

- **Independiente:** Conocimiento de los pacientes hipertensos acerca de sus predisposición a la nefropatía hipertensiva.
- **Dependiente:** Grado de predisposición a nefroesclerosis hipertensiva.

1.4.1. Definición de variables.

Conceptual:

Variable independiente:

Conocimiento de los pacientes hipertensos acerca de su predisposición a la nefropatía hipertensiva.

“Conocimiento es un conjunto integrado de información, reglas, interpretaciones y conexiones previstas dentro de un contexto y de experiencias que han sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dándole un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.” (Muñoz y Riveola, 1997)

Variable dependiente:

Predisposición a la nefroesclerosis hipertensiva.

- Harrison (2004), define predisposición a la nefroesclerosis hipertensiva como la exposición a los factores de riesgo que pueden dañar del filtrado glomerular.

- Morales (2003) define predisposición a la nefroesclerosis hipertensiva como el riesgo de la pérdida gradual o completa del filtrado glomerular.

Operacional:

Variable independiente:

Conocimiento de los pacientes hipertensos acerca de su predisposición a la nefroesclerosis hipertensiva.

Para efecto de este estudio el conocimiento de los pacientes hipertensos sobre la predisposición a desarrollar nefropatía hipertensiva está dado por sus respuestas al instrumento de medición desarrollado y validada por la investigación para medir este conocimiento.

Variable dependiente:

El grado de predisposición a la nefropatía hipertensiva.

Está dado por el porcentaje de factores de riesgo indicados por los pacientes al responder al instrumento.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

La hipertensión arterial es probablemente el problema de salud pública más importante en los países desarrollados. Es una patología frecuente asintomática, fácil de detectar y en su mayoría sencilla de tratar y, que de no ser tratada puede ocasionar complicaciones mortales.

A mediados de los años noventa el número de pacientes hipertensos no diagnosticados se elevó casi a un 33%. Es por ello, que la prevalencia de insuficiencia renal terminal por millón de habitantes aumentó desde menos de 100 en 1982 hasta más de 250 en 1995.

La incidencia de hipertensión vasculorenal es inferior al 1%, cuando se valora una población con hipertensión ligera - moderada, pero aumenta según la severidad de la hipertensión y la edad de la población.

La prevención y el abordaje integral de la insuficiencia renal son la clave para minimizar su impacto en la población.

En Panamá, vemos cada día un número significativo de pacientes que acuden al programa de diálisis y a la consulta externa de nefrología, siendo en su mayoría pacientes hipertensos no tratados, cuya enfermedad renal fue agravándose día tras día.

Una década atrás el número de pacientes en el programa de hemodiálisis era un número minoritario. Hoy día el crecimiento de la población, el crecimiento de pacientes diabéticos e hipertensos ha ocasionado el aumento devastador de panameños con insuficiencia renal crónica.

En Panamá existen más de 900 panameños que padecen insuficiencia renal crónica, es por ello que se debe crear un plan de información sobre la importancia de dicha patología como problema de salud, en el cual debe participar activamente la atención primaria (médicos - enfermeras(os)). Para ello, es de vital importancia la identificación de los pacientes de riesgo de padecer de enfermedad renal, son estos: los ancianos, diabéticos e hipertensos. Además, este plan se debe integrar conjuntamente al equipo de atención primaria del servicio de nefrología, para así realizar un abordaje multidisciplinario al problema.

Ante esta situación, surge la inquietud de realizar un estudio donde se refleje claramente qué está pasando con la población panameña hipertensa, en qué está fallando el equipo de salud primaria y cuáles son las dudas e inquietudes que tienen estos pacientes hipertensos y no hipertensos, sobre las complicaciones devastadoras y mortales que les puede llevar la hipertensión arterial si no es controlada adecuadamente.

En este proyecto se destacan los aspectos más relevantes sobre la hipertensión y la insuficiencia renal, la relación que existe entre cada una de estas patologías, los factores predisponentes a éstas y necesidades prevalentes para evitar las mismas.

2.1.1. Conceptualización de hipertensión y trastorno renal.

Según los autores Smith (2003) y Morales (2003) coinciden definiendo hipertensión como el aumento sostenido de la presión arterial igual o mayor de 140 mmHg para la presión sistólica y 90 mmHg para la presión diastólica. Pero hay que tener en cuenta, que los valores normales para cada hipertensivo o paciente normal es arbitrario, esto quiere decir que lo para un individuo resultan valores normales, para otro el valor de la tensión arterial se considera como presión alta.

Por otro lado, el Harrison (2003) atribuye que la hipertensión es una enfermedad frecuente y que muchas veces no presenta síntomas, fácil de tratar, pero si los pacientes no reciben a tiempo un tratamiento adecuado puede ser mortal.

También sostiene que la prevalencia de los pacientes hipertensos depende de su etnia y edad. Se han logrado realizar estudios en donde se revelan datos que sostienen que en las personas de raza negra son de mayor riesgo que las de raza blanca de presentar hipertensión.

Por otra parte, Smith (2003) define los trastornos renales como anomalías congénitas o secundarias a otras patologías donde se ve alterada la función renal.

2.1.2. Clasificación de la hipertensión arterial.

Según Gordon Williams (2003), clasifica la hipertensión de la siguiente manera:

- Hipertensión sistólica con presión diferencial amplia.
 - Disminución de la distensibilidad de la aorta.
 - Aumento volumen sistólica.
 - Insuficiencia aortica.
 - Tirocoxicosis.
 - Fiebre.
 - Fístula arteriovenosa.
 - Conducto arterioso permeable.
- Hipertensión sistólica y diastólica (aumento de la resistencia vascular periférica).
 - Renal.
 - Pielonefritis crónica.
 - Glomerulonefritis aguda y crónica.
 - Poliquistosis renal.
 - Estenosis vascular renal.
 - Nefropatías diabéticas.
 - Tumores productores de renina.
 - Endocrina.
 - Anticonceptivos orales.
 - Hiperperfusión corticosuprarrenal.
 - Mixema.
 - Acromegalia.
 - Neurógena.
 - Psicógena.
 - Intoxicación por plomo.

- Hipertensión intracraneal (aguda).
- Causas diversas.
 - Coartación de la aorta.
 - Aumento volumen intravascular.
 - Hipercalcemia.
- Etiología desconocida.
 - Hipertensión esencial.
 - Toxemia del embarazo.

Myers Allen (2003), establece otra clasificación, este autor clasifica la hipertensión arterial en:

A. Hipertensión primaria o esencial.

Este autor establece que este tipo de hipertensión aún se le desconoce su causa, pero que tiene un porcentaje representativo en los casos de hipertensión equivalente al 70-95%.

También hace mención sobre los mecanismos de este tipo de hipertensión:

- **Anomalías hemodinámica cardíaca y periférica:** Esto se refiere a que para que se produzca la presión arterial debe haber aumento del gasto cardíaco y resistencia periférica. Una alteración en la resistencia periférica puede causar hipertensión.
- **Alteración de la presión de natriuresis:** Este autor hace mención de algunas de estas alteraciones, cabe mencionar:

En los sujetos que padecen de hipertensión esencial, el riñón no reacciona normalmente al aumento de la presión arterial y la natriuresis se ve afectada, esta anomalía puede favorecer el aumento de la presión arterial o a mantenerla.

B. Hipertensión secundaria.

Este tipo de hipertensión se le atribuye a enfermedades diagnosticables y representa al resto de los casos de hipertensión.

- **Hipertensión venovascular:** Este tipo de hipertensión es una de las causas principales de hipertensión secundaria. En este trastorno la hipertensión se debe a una compleja interrelación entre la activación del sistema renina - angiotensina - aldosterona y el sistema nervioso simpático.
- **Nefropatía parequimotora:** A menudo la hipertensión acompaña a diversas nefropatías, lo que destaca la importante contribución de la función endocrina y excretora del riñón en la regulación de la presión arterial.
- **Alteración de la función excretora:** Los defectos de la excreción renal de sal y agua sin duda contribuyen a la patogenia de la hipertensión en pacientes hipertensos y con insuficiencia renal avanzada.
- **Alteración de la actividad de renina - angiotensina - aldosterona:** Los cambios isquémicos resultantes de retracción cicatrizal intrarenal pueden

activar el sistema renina - angiotensina y contribuir a la hipertensión en los pacientes que se encuentran en tratamiento supletorio.

Otros autores como Morales (2003), Carey (2004), coinciden en esta clasificación.

Sin lugar a duda, los diversos autores científicos han establecido claramente la clasificación de la hipertensión, detallando que ésta puede tener origen por diversas etiologías.

Sin embargo, conocer cada una de estas etiologías es de gran importancia, pero en este proyecto desarrollaremos la de origen renal y cómo la hipertensión arterial puede llevarnos a desarrollar una insuficiencia renal.

La prevalencia de insuficiencia renal secundaria a hipertensión a nivel mundial es de 250 millones.

Según Harrison (2003) y Smith (2003), consideran y establecen que la hipertensión arterial producida por enfermedades renales, está relacionada con un incremento de sodio y sobrecarga de líquido en el riñón; también lo relacionan con una alteración de la succión renal de renina, lo cual ocasiona una alteración del tono arteriolar.

Podemos también hacer constar, que las lesiones arterioescleróticas de las arteriolas operantes y eferentes son las más frecuentes producto de una

hipertensión, ocasionando una disminución en el filtrado glomerular; ya existente la lesión a nivel glomerular, podemos percatarnos que hay proteinuria. Con esto puedo concluir que el 10% de las muertes por hipertensión se deben a insuficiencia renal.

Sin embargo, en muchas ocasiones podemos percatarnos que muchos pacientes han padecido desde muy jóvenes de hipertensión, han estado expuestos a otros agentes causales de trastornos renales; mas sin embargo, nunca recibieron una información oportuna con relación al daño a que se estaba exponiendo por el no tratamiento y seguimiento de los trastornos hipertensivos.

Por otro lado, vemos el caso de las pacientes que durante su embarazo presentaron toxemia (preeclampsia) y que fueron tratadas durante el mismo, pero que al finalizar su embarazo no se realizaron una revisión de su tensión arterial como control y seguimiento de su trastorno hipertensivo, para así tratar de prevenir un trastorno renal futuro.

Es un deber informar y detallar que la hipertensión arterial es un factor altamente causal de insuficiencia renal; sin embargo, en la actualidad podemos observar de un número significativo de pacientes con insuficiencia renal secundaria a hipertensión, que es lo que sucede frecuentemente en nuestro medio

Será la falta de concienciación por parte de la población sobre los riesgos mortales a los cuales conlleva la hipertensión arterial o será que la campaña preventiva necesita ampliarse y proyectarse aún más, con la finalidad de prevenir y

reducir el número de personas con antecedentes hipertensivos y que padecen de trastorno renal por la falta de conocimiento y concienciación sobre los mismos.

También hay que hacer énfasis que el daño renal se da lenta y paulatinamente, es silencioso y que cuando se manifiesta ya los daños casi son irreversibles.

2.1.3. Factores que influyen en la tensión arterial.

Se debe tener en cuenta también que la hipertensión tiene un origen patológico, pero también podemos hacer mención de otros factores que influirán directamente sobre el incremento de la tensión arterial, entre estos podemos mencionar los siguientes:

Harrison (2003) sostiene que la hipertensión y el daño renal se asocian a aspectos genéticos, pero señala que es necesario identificar fenotipos intermedios para diferenciar los genes condicionantes que establezcan y comprueben que la hipertensión tiene origen hereditario.

También sostiene que factores ambientales están asociados con esta condición, tales como: la obesidad, la profesión (estrés), el consumo de alcohol, alto consumo de sal; siendo este último el factor que ha recibido mayor atención, ya que su alto consumo contribuye a que los pacientes con problemas parenquimatosos o con trastornos coadyuvantes durante su infancia, pueden agravar su condición, llevándolo a padecer de un trastorno nivel irreversible.

Muchas son los casos que día a día se suman a la cifra de pacientes con daño renal asociado a hipertensión arterial, pero el desconocimiento de esta enfermedad, lo mortal que suele ser y la falta de orientación para concienciar a los pacientes sobre la importancia, de su tratamiento y seguimiento, para sí prevenir en fechas futuras presentar daños irreversibles.

Es importante conocer que la hipertensión arterial sólo no se presenta en adultos, sino también en niños, y que cuando esto sucede debe alertarnos sobre alguna enfermedad renal, la cual es causante de la hipertensión; mas sin embargo, es importante señalar, que sólo el 5% de la hipertensión en el adulto, tienen su origen de las enfermedades venovasculares. No obstante, antes de iniciar un tratamiento, se debe realizar de manera cuidadosa, de tal manera que no se den efectos perjudiciales en la función renal.

Para ampliar aún más los conocimiento sobre como la hipertensión arterial puede ser causal de daño renal, explicaremos según Harrison (2003) y Smith (2003), el papel de la renina.

2.1.4. Influencia la renina en la hipertensión arterial.

La renina es una enzima que es segregada por las células yuxta glomerulares que se encuentra en el riñón asociada con la aldosterona, su función es de regular en cada individuo dependiendo del consumo de sodio en la dieta.

El Harrison (2003) expone un ejemplo para que sea de mayor comprensión. La ingestión de sodio en condiciones normales regula las respuestas suprarrenales y

vasculares renales a la angiotensina. Con la restricción de sodio, las respuestas suprarrenales se facilitarán y las respuestas vasculares renales se inhiben. La sobrecarga de sodio tiene efectos opuestos. El intervalo de actividades de renina plasmática que se observa en los hipertensivos es más amplio que normotensivos. Por lo tanto, se ha caracterizado a algunos hipertensos como hipertensos esenciales con renina baja y a otros con renina alta.

Los hipertensivos con renina baja no tienen hipotosemia, pero estos presentan una expansión de los volúmenes extracelulares y se ha propuesto que la retención de sodio y la supresión de renina se deben a la producción excesiva de un mineralocorticoide no identificado. Por otro lado, los hipertensos con niveles de renina alta, comprende un 15% y estos tienen defecto no regulador.

Por todo lo antes descrito, se puede señalar que la renina juega un papel muy importante en cuanto a la regulación de la presión arterial y que es importante conocer en cada individuo como se está regulando ésta y así conocer cuál es el origen refractario de la hipertensión arterial.

Como la hipertensión esencial es un trastorno heterogéneo y se puede decir que la mayoría de los adultos con hipertensión arterial no tratado o con antecedentes de algún otro trastorno hipertensivo sufrirá incrementos en la tensión arterial con el tiempo, estudios demuestran que la hipertensión no tratada se asocia a una reducción en la esperanza de vida de 10 - 20 años asociado a los procesos arterioescleróticos; incluso los individuos hipertensiones relativamente leves, si no se

trata de 7 a 10 años tienen un gran riesgo de presentar complicaciones importante, como es el daño renal, entre estas complicaciones.

Habiendo definido, clasificado y detallado los aspectos más sobresalientes de la hipertensión, ahora detallamos los aspectos más relevantes de la insuficiencia renal.

Si bien es cierto que en datos anteriores plasmamos que el daño renal es multifactorial, en este proyecto nos interesa conocer la influencia de la hipertensión arterial como un factor predisponente de la insuficiencia renal.

2.1.5. Lesión renal secundaria a hipertensión arterial y nefroesclerosis maligna.

Según Morales y otros (2003) ha definido a la nefropatía hipertensiva a la enfermedad vascular intrarenal producida por la hipertensión.

Este autor clasifica la nefropatía hipertensiva según su severidad y pronóstico en no maligna y maligna.

- **Nefropatía hipertensiva no maligna:** Se dice que el daño vascular se produce con presiones arteriales diastólicas entre 90 y 100 mmHg. Se ha establecido que esta enfermedad se inicia en las arteriolas, pues se produce un engrosamiento de la pared y se reduce el lumen de la misma, lo que conlleva el daño glomerular.

También se producen alteraciones vasculares como la reducción del lumen vascular, esta reducción protege el territorio capilar de un aumento del flujo y proviene la producción de edema (retiniano y cerebral), pero provoca hipoperfusión, aumento de la resistencia periférica, lo que causa aumento de la presión arterial.

- **Nefropatía hipertensiva maligna:** Es la hipertensión arterial secundaria que por su magnitud o rapidez de instalación, produce arteriolomecrosis que es una lesión vascular caracterizada por el depósito de fibrina en la íntima de las arteriolas de diversos territorios del organismo, incluyendo los renales.

Se puede decir que ya cuando la hipertensión arterial ha causado su deterioro renal, podemos hablar de insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica.

A continuación detallamos los aspectos más relevantes de cada una de ellas.

2.1.6. Insuficiencia renal aguda.

Según Montero (2003), la define como la reducción de por lo menos 50% de la filtración glomerular, que afecta la capacidad de los riñones para excretar la carga de solutos que debe ser eliminada del organismo con la consecuente acumulación de productos nitrogenados en la sangre y los tejidos.

Ellos clasifican la insuficiencia renal en:

- **Insuficiencia prerenal:** establecen que es la forma más común de insuficiencia renal aguda causada por hipovolemia renal leve o moderada, la cual se

restablece tras el restauración del flujo sanguíneo renal. En esta fase el parénquima no sufre lesión, sin embargo, no se puede correr el riesgo de que se presente, ya que el mismo puede darse.

- **Insuficiencia renal intrínseca:** En esta fase si puede afectarse el parénquima renal. En ésta disminuye el filtrado glomerular debido a la disminución de la ultrafiltración.
- **Insuficiencia renal posrenal:** Este tipo de insuficiencia puede darse por la presencia de cálculos renales, obstrucción del orificio de salida.

2.1.7. Insuficiencia renal crónica.

Ésta se define como el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, como el resultado de la progresión de diversas enfermedades primarias o secundarias, resultando en pérdida de la función glomerular, tubular y endocrina del riñón.

Lo anterior conlleva la alteración en la excreción de los productos nitrogenados, la inadecuada eliminación de agua y electrolitos, alteración en la secreción de las hormonas (eritropoyetina, renina prostangladina) y la forma activa de la vitamina D.

2.1.8. Fisiopatología de la hipertensión arterial en presencia de insuficiencia renal.

En situaciones fisiológicas, el aumento de la volemia va seguido de un aumento de la natriuresis que mantiene constante la relación entre el volumen del espacio

intravascular y la capacitancia vascular. Esto se realiza, a través de la supresión del sistema renina angiotensina-aldosterona, inactivación del sistema nervioso simpático y cambios hemodinámicos intrarrenales.

Cuando la función renal disminuye, se produce un incremento paralelo en la excreción de sodio por nefrona. Este incremento se ha atribuido a un aumento de la secreción de factores natriuréticos circulantes que inhiben la reabsorción distal de sodio. El péptido atrial natriurético liberado en respuesta a la expansión del espacio extracelular incrementa la excreción de sodio a través de una variedad de mecanismos, incluyendo el aumento de presión hidráulica capilar glomerular y el aumento del coeficiente de ultrafiltración glomerular. Estos dan lugar a un aumento del filtrado glomerular (GFR) y por tanto un aumento del sodio filtrado, pero sobre todo el péptido atrial natriurético aumenta la excreción de sodio a través de disminuir la reabsorción tubular de sodio. Otros péptidos natriuréticos como el péptido natriurético cerebral y el péptido natriurético tipo-C tienen menor efecto diurético y natriurético. La liberación de factores endógenos similares a la ouabaina, lleva a un aumento del calcio citosólico a nivel del músculo liso vascular resultando en vasoconstricción y aumento de la sensibilidad ante diferentes agentes vasoactivos. Si a esto añadimos el aumento de la resistencia a la insulina, la elevación de la PTH (hormona paratiroidea), la inadecuada activación del sistema renina-angiotensina y del sistema nervioso simpático y las alteraciones del endotelio vascular, el resultado es un incremento de la resistencia vascular periférica. Los niveles de activación del sistema renina-angiotensina están alterados en presencia de insuficiencia renal. Los niveles de actividad renínica plasmática están elevados de forma inapropiada para el grado de expansión del espacio extracelular.

A medida que la insuficiencia renal progresa hasta fases finales, la excreción total de sodio disminuye a pesar del aumento de la excreción de sodio por nefrona. En situación extrema, el balance de sodio positivo puede hacer que el paciente se presente con edema pulmonar y/o anasarca. Sin embargo, la manifestación más frecuente de expansión del espacio extracelular en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal es la hipertensión. Hipertensión se presenta en la mayor parte de pacientes con insuficiencia renal terminal, especialmente, cuando la enfermedad primaria es de origen glomerular o vascular.

Finalmente, puedo finalizar atribuyendo que sea cual sea la causa de un trastorno hipertensivo, hay que crear conciencia, ya que día a día vemos el incremento significativo de pacientes renales producto de una hipertensión no controlada. Atribuida además al desconocimiento de estos pacientes al daño devastador que la misma le puede causar.

2.2. Marco empírico.

La hipertensión arterial e insuficiencia renal ha sido motivo de estudio desde hace muchos años, es por ello, que hacemos mención de alguno de estos estudios que hacen posible el desarrollo de esta investigación y que permiten aclarar dudas sobre la misma.

En 1830, Bright puso de manifiesto la relación existente entre la enfermedad renal terminal y la afección cardíaca. Posteriormente, los experimentos de Goldblatt establecieron con claridad la relación del riñón con la hipertensión.

Además del efecto presor, los modelos de Goldblatt mostraron que la retención de sal y la expansión salina son mecanismos importantes de la hipertensión.

Por otro lado, se puede decir que en ausencia de tratamiento antihipertensivo, la afectación renal es muy frecuente en la hipertensión esencial. Es por ello, que Perera, en su estudio realizado con 500 hipertensos, un 42% seguido hasta su muerte presentaban proteinuria y el 18% tenían diferentes grados de insuficiencia renal.

Sin embargo, en los estudios de Madhwan y Col. demostraron que los pacientes tratados con antihipertensivos muestran un buen pronóstico, ya que 12% de estos llegan a desarrollar insuficiencia renal. No obstante, la evidencia muestra el aumento de prevalencia de nefroesclerosis como causa de insuficiencia renal crónica terminal en pacientes entrando en programas de diálisis en Estados Unidos y Europa.

Otro estudio que es de relevancia, es el realizado en Okinawa entre 107,000 pacientes mayores de 18 años; se comprobó que la presencia de proteinuria era el predictor más importante de la insuficiencia renal terminal, seguido por la hematuria y el tercer indicador era la hipertensión diastólica.

Esto contrasta con otros estudios epidemiológicos en donde se demuestra que la hipertensión sistólica es el predictor más potente de enfermedad renal progresiva.

El control óptimo de la hipertensión arterial en pacientes con enfermedad renal es el factor más importante para prevenir la progresión de la enfermedad, según han señalado los expertos reunidos en el Primer Encuentro Autonómico entre Atención Primaria y Nefrología celebrado en Valencia (2005).

José Luis Górriz, copresidente del congreso y nefrólogo del hospital universitario Doctor Peset de Valencia, ha recalcado “la importante y estrecha relación entre riñón e hipertensión”. El riñón participa en la génesis y desarrollo de la hipertensión, y al mismo tiempo, sufre sus consecuencias.

La enfermedad renal condiciona la elevación de la presión arterial y, a su vez, la hipertensión produce afectación renal, que puede ser progresiva y conlleva a la insuficiencia renal, la llamada nefroesclerosis. Conforme se deteriora la función renal, aumenta la prevalencia de hipertensión arterial ha explicado Górriz.

Según los últimos estudios, cuando el paciente comienza a presentar insuficiencia renal, la prevalencia de hipertensión arterial es de 55%, siendo el 85 - 95% en los pacientes cuando inician diálisis. Además, cuando se analizan los factores de riesgo vascular en los pacientes hipertensos, se observa que la insuficiencia renal es el factor más frecuente, apareciendo en el 32% de los casos. Tras él, se sitúan la enfermedad coronaria (14%) y la enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardiaca en un (8%).

Por otra parte, estudios recientes hacen relevancia sobre los factores de riesgo de la hipertensión y su repercusión al daño renal. Entre estos estudios tenemos:

Un estudio realizado en el Hospital Universitario Germans Trias I. Pujol durante cuatro años, es decir, desde diciembre 2001 hasta noviembre de 2005. En este estudio analizaron los riñones de un número de pacientes operados por obesidad mórbida; aunque ninguno de ellos sufría de enfermedad renal, los investigadores detectaron lesiones en el tejido del órgano precursor de la enfermedad.

Este estudio certifica que la obesidad independiente de las enfermedades asociadas, puede desencadenar problemas en el riñón por sí misma. En el estudio participaron 95 pacientes con un índice de masa corporal superior a 40, considerado ya como obesidad mórbida; sus datos se compararon con los de otros 40 pacientes con peso y funciones renales normales.

Resultados:

Las lesiones glomerulares, las que ocasionan daño en el tejido del riñón, son más frecuentes a medida que aumenta el índice de masa corporal. Un 77% de pacientes del grupo con obesidad mórbida tenían este tipo de lesión ante un 5% de las personas del grupo de control.

Adan Almirall (2005)

Otro estudio que sustenta que la obesidad es un factor relevante en el desarrollo de la enfermedad en estudio, sin importar la edad fue el realizado sobre la "obesidad e hipertensión arterial en escolares", realizado en la ciudad de Corriente, Argentina por los Doctores Oscar H. Poletti y Lilian Barrios en agosto de 2007.

El estudio tenía como finalidad estimar la prevalencia de sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial y caracterizar hábitos alimenticios, actividad física y nivel socioeconómico en escolares.

El resultado obtenido en dicho estudio fue dado por los 2,507 escolares que participaron en el estudio, de los cuales 17.1% presentaron sobrepeso, 4.5% obesidad y el 13.8% presentó hipertensión arterial. El 50% consumía alimentos con un alto contenido de grasa siete o más veces por semana.

En la población estudiada existe una alta prevalencia de hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, acompañado por un predominio de hábitos de tipo sedentario.

Los resultados obtenidos fueron indicadores para implementar programas de pesquisas, control y seguimiento de la hipertensión arterial en escolares, principalmente desde la prevención y la puesta en marcha de estrategias pertinentes de promoción de la salud a través de programas de educación nutricional en las escuelas, orientadas a producir cambios de conductas alimenticios y de hábitos de vida que promuevan una alimentación saludable a través del consumo de dietas equilibradas y del ejercicio físico.

Oscar H. Poletti y Lilian Barrios (2007)

Otro estudio de vital importancia que sustenta esta investigación fue el realizado en el poblado de La Maya (2002) sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial.

En el Municipio de Songo La Maya se observó un ascenso notable en los últimos cuatro años respecto a la hipertensión arterial desde el año 1999 al 2002. Incremento que asciende en el año 1999 de 6,480 enfermos a 8,795 en el año 2002, con aumento en años posteriores.

Estudios epidemiológicos han concluido que varios factores de riesgo guardan relación con la hipertensión arterial (edad, sexo, raza, herencia, alcoholismo, tabaco).

De lo anterior, se desprende la importancia de la identificación de personas con alto riesgo de padecer la enfermedad. Es por ello, que surge la inquietud de realizar un estudio cuyo objetivo era conocer los factores de riesgo que la hipertensión arterial presenta en la provincia Songo La Maya.

La muestra del estudio estuvo constituida por 110 pacientes pertenecientes a dicho municipio, siendo todos hipertensos, de ellos el 57.3% eran mujeres y el 42.7% eran hombres.

Para ambos grupos predominaron los pacientes de 65 años y más, seguido del grupo entre 55-64 años, comprendiendo así que a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer de hipertensión arterial. También se encontró que el 51.8% de los pacientes poseían un nivel de escolaridad bajo y que el 25.5% habían tenido educación preuniversitaria. Comprobado luego que el bajo nivel de escolaridad explica del por qué del desconocimiento por parte de la población respecto de la

hipertensión arterial, ocasionando que los pacientes no lleven a cabo por desconocimiento cambios en sus estilos de vida.

Otro factor detectado en el estudio es el vínculo laboral. En la muestra de pacientes se pudo observar que el 44.6% eran amas de casa y sólo un 24.5% laboraban. Esto repercute, ya que las mujeres amas de casa son más sedentarias, realizan menos ejercicio, ocasionando que esto las lleve a ser más obesas.

En dicho estudio se pudo establecer que la hipertensión arterial aumenta con la edad, siendo el sexo femenino el más afectado. La ingestión de alcohol, el tabaquismo y los antecedentes familiares de hipertensión arterial se erigieron como los principales factores de riesgos asociados.

“Estudio realizado en el poblado La maya perteneciente al Polidencio
Docente Comunitario. Dr. Carlos J. Finlay (Enero 2002 - 2003)

Por otro lado, se ha podido confirmar que el tratamiento farmacológico es de vital importancia y su no cumplimiento puede agravar la situación. Para aseverar lo dicho, podemos destacar un estudio realizado a los pacientes hipertensos, cuyo objetivo era el cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión del Hospital Lazarte Echeagaruz Trujillo.

No supo u olvidó las recomendaciones 55.9%, se le agotaron los medicamentos 38.7%. La mayoría de pacientes señalaban que la principal razón por la que no cumplían el tratamiento en el olvido y porque se le agotaron los medicamentos.

Otro factor de suma importancia a mencionar que afecta de manera nociva la salud es el tabaco, por eso se hace mención de algunos estudios que comprueban que el tabaco puede llevarnos a padecer de enfermedades renales. Tal es el caso del estudio realizado sobre "El tabaquismo y el consumo elevado de alcohol son factores de riesgo independientes para la enfermedad renal crónica".

Investigadores de la Universidad de Wisconsin en Madison (Estados Unidos) han encontrado una asociación significativa entre el tabaquismo, el consumo elevado de alcohol y la enfermedad renal crónica en un estudio poblacional a partir de dos estrategias de estudio: Por un lado, un análisis transversal de 4,900 personas entre 43 y 84 años, de las que 324 tenían enfermedad renal crónica y por otro, un seguimiento de 5 años a 3,400 personas sin enfermedad renal crónica y que desarrollaron la patología durante este período.

Los resultados publicados en *American Journal of Epidemiology* muestran que el tabaquismo se asoció a la patología, en comparación con los que nunca han fumado, de forma independiente del Índice de masa corporal, consumo de alcohol, hipertensión y diabetes. Además, entre los antiguos fumadores la relación con la patología fue mayor en los que llevaban menos años desde el abandono del tabaco en comparación con los que llevaban 15 o más años, una evidencia directa de que el abandono a largo plazo del tabaco protege frente a la enfermedad renal.

En cuanto al consumo elevado de alcohol, definido como cuatro o más consumidores diarios, el daño renal fue más elevado en comparación con los no

bebedores. La combinación de ambos factores mostró que las personas que fuman y tienen un consumo elevado de alcohol tienen 5 veces mayor riesgo de desarrollar nefroesclerosis. Investigadores Univesidad Wisconsin - Madison (2001)

Sin lugar a duda, por algunas investigaciones antes mencionadas, podemos indicar que son múltiples los factores que pueden llevar a desarrollar hipertensión y aún más, agravar dicha patología. El aumento de la prevalencia de enfermedad renal parece deberse a que se están diagnosticando más casos de hipertensión y diabetes asociados a diversos factores; entre estos están la obesidad, consumo de alcohol y tabaco, estilos de vida no saludables que parecen explicar el aumento de dicha patología.

2.3. Teoría.

La teoría utilizada como base para la realización del trabajo de investigación fue la Teoría del Autocuidado desarrollada por Dorotea Orem, porque Orem considera que el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, y éste se define como el conjunto de acciones intencionadas que utiliza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El autocuidado por lo tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí mismo.

La teoría de Orem está basada en cuatro elementos fundamentales: persona, salud, entorno y cuidados.

Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional, pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afectan al él mismo, a otros y a su entorno. Condiciones que le hace capaz al cliente hipertenso de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de naturaleza en el sentido de que esta sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. El cliente hipertenso es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado.

Concepto de salud: La salud es un estado que para las personas significa cosas diferentes; en sus diferentes componentes significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Concepto de enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que reúne dada por sus situaciones personales.

Los cuidados de enfermería: Se define como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

Coincido con la autora, ya que la persona debe ser vista como un ser holístico, sin obviar que el entorno, la persona y la salud están estrechamente relacionados.

Teoría del autocuidado.

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. El autocuidado es una actividad emprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

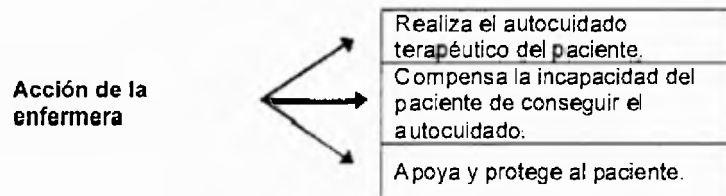
Es por esto que atribuyo esta teoría a la investigación, ya que el cliente hipertenso debe ser capaz de interrelacionarse directamente con su patología y a su vez ser capaz de aceptar la misma, para así poder lograr implicarse directamente en su propia autocuidado y así poder lograr controlar de manera eficaz la hipertensión, ya que es propiamente éste quien debe controlar su enfermedad para evitar las complicaciones que ésta conlleva.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionen su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Es por

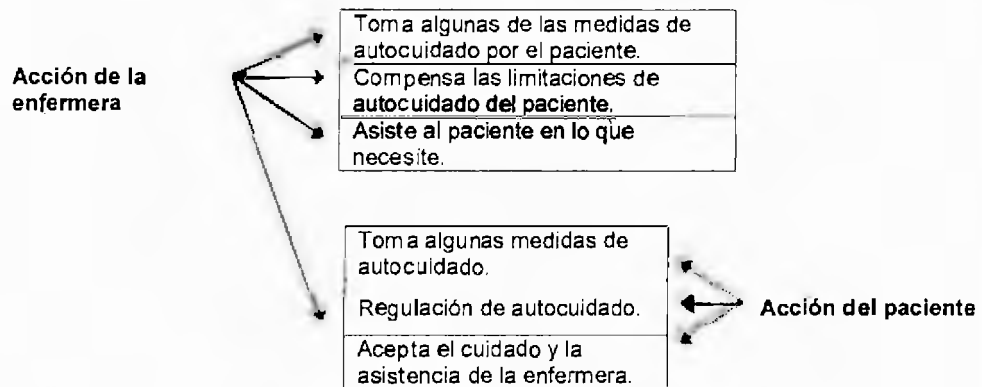
ello, que hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidado, y otorga protagonismo al sistema de preferencia del sujeto. Por otra parte, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambios de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos y hace a la educación de la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera deberá actuar sólo cuando el individuo por cualquiera razón no puede autocuidarse.

Sistema básico de enfermería según Orem.

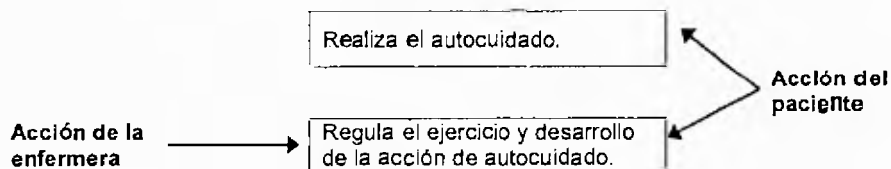
Estos se ordenan según la relación que existe entre la acción del paciente y la de enfermera. Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidados terapéuticos con componentes semejantes o presentar limitaciones que le impidan comprometerse en un autocuidado. Es de suma importancia destacar los sistemas básicos de enfermería, pues así ubicaremos de forma concreta en qué nivel se encuentra el paciente hipertenso y cómo y hasta dónde puede ser partícipe de su autocuidado.



Sistema totalmente compensador



Sistema parcialmente compensador



Sistema parcialmente educativo

Sin lugar a duda, la elaboración de los sistemas básicos de enfermería nos permiten ver y valorar claramente la acción y participación de la enfermera en conjunto con el paciente para su rehabilitación. Al ubicarnos en este diagrama, podemos clasificar al paciente hipertenso en el sistema de apoyo educativo, ya que

el paciente debe realizar su propio autocuidado en cuanto a estilo de vida, control y tratamiento; poniendo en práctica los aspectos aprendidos mediante la enseñanza que le proporciona la enfermera; posteriormente también contribuye a que este tipo de cliente se clasifique en esta categoría, ya que la participación de la enfermera será sólo para vigilar y valorar si el cliente realiza de forma correcta su autocuidado.

Supuestos principados.

Los supuestos básicos de la teoría de Orem enfocados a los pacientes hipertensos.

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza."

Muchas veces el padecer de una enfermedad crónica evolutiva como es el caso de la hipertensión conlleva a los pacientes a pasar por un espacio de negación, motivo por el cual es allí donde se hace partícipe la actuación de la enfermera y familiar para orientar, educar al paciente para que éste se estimule e inmiscuya en el autocuidado para afrontar de forma eficaz la enfermedad, logrando así elevar su nivel de vida.

2. "La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos."

Sin lugar a duda, el equipo multidisciplinario de salud juega un papel importante en la aceptación y control de los pacientes hipertensos, en especial el rol que

ejerce la enfermera es de vital importancia, ya que debemos ser modelo y agente de cambio para así poder con autoridad deslindar actividades y tareas en beneficio del cuidado que deben llevar los pacientes hipertensos, es decir, debemos mantenernos actualizados, inmiscuirnos en esas actividades diarias del hipertenso para corroborar que estos en realidad ponen en práctica los consejos proporcionados, y así este tipo de pacientes tendrán como motivación "el interés de la enfermera en el control de su enfermedad".

3. "Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismo o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales."

Todos los seres humanos en un momento dado en el transcurrir de la vida pasamos por confrontaciones muchas veces difíciles de manejar, es este el caso de este "supuesto", ya que al ser diagnosticado como paciente hipertenso, el ritmo de vida que se lleva como individuo "sano" hasta ese momento cambia de forma dramática, ya que el paciente hipertenso para poder controlar su patología, no sólo debe ingerir tratamiento farmacológico, sino que debe cambiar de forma general sus hábitos alimenticios y estilos de vida para su mejor control, ocasionando un enfrentamiento entre aceptación-negación de la enfermedad. Muchas veces se requiere de la participación de la familia, médicos, enfermeras y por qué no otros pacientes, para que estos individuos se inmiscuyan en el cuidado de su salud y bienestar, aceptando que muchas de las privaciones serán sustituidas por un alto bienestar.

4. "Las actividades humanas se ejercen mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de forma o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás."

Con el devenir de los años vemos el incremento de patologías sin obviar el aumento de pacientes hipertensos y pacientes hipertensos con nefroesclerosis. Es por ello, que cada día debemos actualizarnos en cuanto al manejo, complicaciones y tratamiento de las patologías crónicas sin obviar la hipertensión, ya que cada día sin saber a ciencia cierta el por qué del incremento, ya sea por los malos hábitos y estilos de vida no saludables, suposiciones o veracidad, la enfermera requiere mantenerse a la vanguardia para así de manera individualizada tratar de identificar las necesidades de cada individuo e implementar un plan de acción, de educación en los hipertensos para poder lograr disminuir el número de pacientes con esta patología en la sociedad o que los ya diagnosticados sean partícipes del control de su enfermedad.

5. "Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportan los estímulos necesario para uno mismo y para los demás."

Los miembros del equipo multidisciplinario de salud debemos actuar con la finalidad de trabajar por el bien y mejorar la calidad de vida de los hipertensos, ya que hoy día el número de pacientes en la sala de hemodiálisis corresponden en su mayoría a pacientes hipertensos, es por ello, que como miembros de salud debemos promover el autocuidado e integrar al paciente para la prevención de nefroesclerosis, ya que la educación al paciente disminuye el

desconocimiento de la enfermedad y sus repercusiones en sí misma, logrando así que el individuo hipertenso se proyecte como agente de cambio para su bienestar.

Por lo antes expuesto y analizado, considero que el conocer acerca de su patología les proporciona a estos pacientes las técnicas y cuidados necesarios para generarse su propio autocuidado de acuerdo a sus necesidades o limitaciones, lo que denota lo establecido por Dorothea Orem.

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo porque busca específicamente determinar las propiedades, características y rasgos importantes de las variables estudiadas. (Isaacs, 2005)

3.2. Diseño del estudio.

Es un estudio transversal porque los datos recopilados se obtuvieron en un momento único en el tiempo, en el mes de mayo de 2008. Se utilizó un solo grupo al cual se le realizó una medición y una muestra $G_1: O_1$.

3.3. Población.

Para la realización de este estudio se trabajó con los pacientes hipertensos que acuden al Programa de Salud de Adultos de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego de Chitré. La población mensual estimada en el mes de mayo fue de 80 pacientes, donde semanalmente acuden 20 pacientes aproximadamente.

3.4. Tipo de muestra.

Es una muestra no probabilística, ya que se tomaron los pacientes que acudieron voluntariamente a su cita de control durante el mes de mayo (2008).

El tamaño de la muestra fue de 64 personas hipertensas que acudieron en el mes de mayo a control en el Programa de Salud de Adultos.

Para garantizar el tamaño representativo de la muestra, fue determinada de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1) E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q} =$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 80}{(80 - 1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{76.8}{1.16}$$

$$n = 66 \text{ pacientes}$$

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

Z = Valor correspondiente a la distribución gaus. 1.96 con un 95% de confianza.

P = Proporción poblacional de ocurrencia de un evento (0.5).

q = Proporción poblacional de no ocurrencia de un evento (0.5).

E = Margen de error 0.05.

3.5. Instrumento.

El instrumento para la obtención de los datos fue la encuesta, la cual fue validada por el juicio de tres expertos en cuidado crítico para que pudiera ser aplicada. Se aplicó dos veces a un grupo piloto y finalmente a criterio de dichos expertos se concluyó que podría ser aplicada para la realización del estudio.

Su diseño se fundamenta en la estructuración lógica y ordenada de preguntas abiertas y cerradas que permiten la confirmación o negación de las hipótesis planteadas.

Dicho instrumento consta de 21 preguntas, de las cuales 12 son cerradas y 9 son abiertas; posteriormente se desglosan una serie de preguntas que permiten evaluar si la muestra en estudio posee conocimientos sobre el riesgo de padecer nefroesclerosis. Propiamente el instrumento está diseñado para obtener datos personales que permiten conocer un poco la población estudiada.

3.6. Procedimiento para el procesamiento de datos.

El procesamiento para la recolección de datos será a través de la tabulación y análisis de los datos obtenidos en porcentajes y medidas de tendencia central.

3.7. Tipo de representación que se utilizará para los datos.

Los datos se representarán y plasmarán a través de cuadros y gráficas que permitirán visualizar y proyectar la información obtenida.

3.8. Limitaciones del estudio.

A pesar de desear una muestra de 66 pacientes, y de hecho haber encuestado a los 66 pacientes, fue necesario eliminar dos instrumentos porque los pacientes no aportaron los datos necesarios para su tabulación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE DATOS

Cuadro No. 1 POBLACIÓN HIPERTENSA QUE ACUDE A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN SEXO Y EDAD. MAYO, 2008.

EDAD	TOTAL		SEXO			
	No.	%	MASCULINO		FEMENINO	
			No.	%	No.	%
TOTAL	64	100	20	31	44	69
20 - 25	-	-	-	-	-	-
26 - 30	4	6.3	2	3.1	2	3.1
31 - 35	2	3.1	1	1.6	1	1.6
36 - 40	5	7.8	2	3.1	3	4.7
41 - 45	4	6.3	2	3.1	2	3.1
46 - 50	17	26.6	3	4.6	14	22.0
51 - 55	9	14.0	4	6.2	5	7.8
55 - 60	11	17.1	2	3.1	9	14.1
61 o más	12	18.8	4	6.2	8	12.5

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Análisis cuadro No. 1

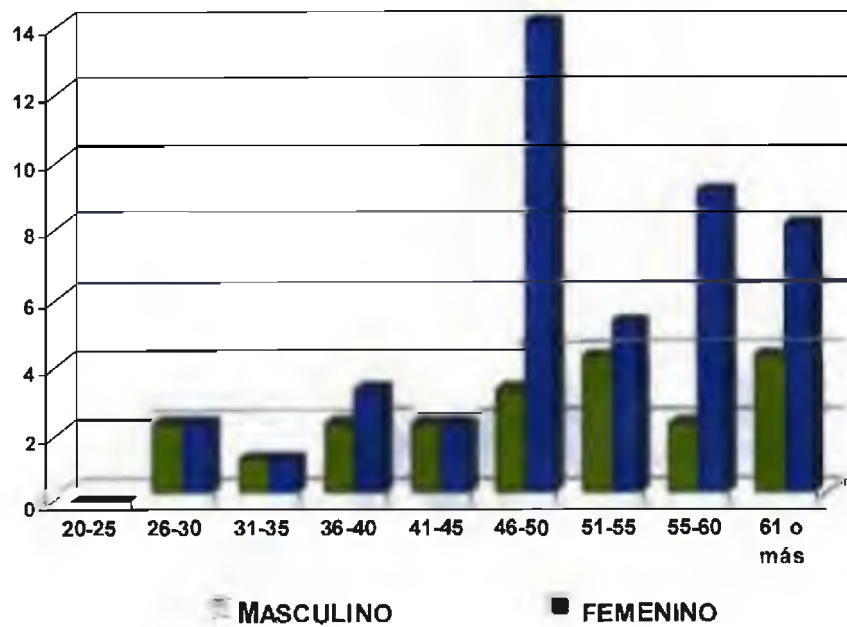
Al analizar la distribución de acuerdo a la edad y teniendo en cuenta el sexo, se puede observar que las mujeres en este caso predominan como pacientes hipertensas, con mayor incidencia en el grupo etario 46-50 años con un porcentaje de 26.6%; seguido del grupo de 55-60 años representado por un 17.1% y luego entre los 61 y más con un 18.8%, respectivamente.

Hallazgo que se corrobora con lo planteado en la literatura donde se establece que a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer hipertensión arterial, ya que ha medida que vamos envejeciendo se dan algunas alteraciones del endotelio vascular; es decir, la presión arterial está determinada por el gasto cardiaco y la resistencia periférica, de tal manera que la presión es igual al flujo por la resistencia; tal es el caso en la presión arterial esencial vemos un gasto cardiaco normal o reducido y la resistencia vascular aumentada debido a la disminución del volumen articular. Esta intensa vasoconstricción es la característica predominante de la hipertensión primaria. (Montero, O., 2003)

Todavía no se ha podido dilucidar el o los mecanismos desencadenantes de las alteraciones funcionales endoteliales. Pero podemos ver que en los adultos mayores de 60 años, la hipertensión se asocia generalmente a una disminución de la elasticidad de las arterias de mediano y gran calibre. Es decir, que esta rigidez no responde a los estímulos beta adrenérgicos y mantienen intacta su respuesta a la estimulación alfa adrenérgica, lo que ocasiona un aumento de la resistencia periférica con el consiguiente incremento de la fracción de eyección sistólica para mantener el gasto cardiaco. El resultado es un aumento de la presión arterial, especialmente de la presión sistólica. (Morales, 2003)

Gráfica No. 1 POBLACIÓN HIPERTENSA QUE ACUDE A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN SEXO Y EDAD. MAYO, 2008.

PACIENTES



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Cuadro No. 2 CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN FRECUENCIA DEL CONTROL Y SEXO. MAYO, 2008.

FRECUENCIA DEL CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL	TOTAL		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	64	100	20	31	44	69
Diario	1	1.6	-	-	1	1.6
Semanal	12	18.7	4	6.2	8	12.5
Mensual	43	67.2	13	20.1	30	47.0
Anual	5	7.8	1	1.6	4	6.3
S.C.	3	4.7	2	3.1	1	1.6

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Análisis del cuadro No. 2

La hipertensión arterial es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país, afectando de 20 a 30% de la población adulta. En las consultas de atención primaria se estima que una de cuatro visitas están relacionadas con la hipertensión.

En diferentes estudios realizados se ha implicado a la hipertensión arterial como uno de los factores de riesgos cardiovasculares más importantes, y se ha podido demostrar que realizando un buen control tensional de estos pacientes, se puede disminuir de forma significativa la morbi-mortalidad.

En el cuadro podemos ver claramente que el 87.5% de los pacientes que corresponden a la muestra, controlan su hipertensión semanalmente y mensualmente. Si los pacientes acuden a sus citas como parecen indicar los resultados, el personal de salud podría utilizar estrategias educativas para disminuir los factores de riesgo.

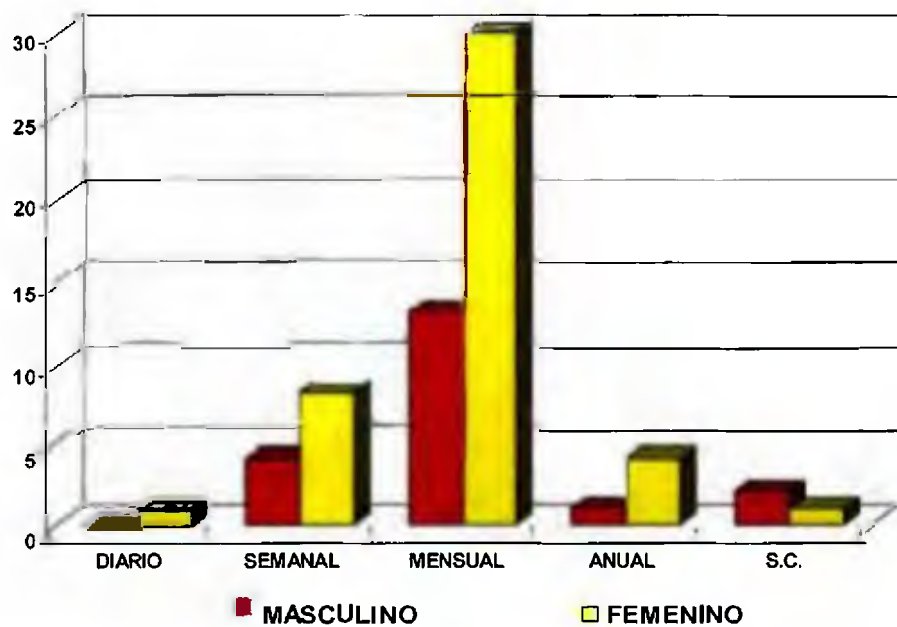
Claramente en el cuadro se puede observar que existe un 12.5% de individuos que no se controlan correctamente su presión arterial, aún sabiendo que son hipertensos. A este grupo el enfoque podría estar dirigido a aclarar la importancia del control sistemático.

Con lo antes mencionado, no debe haber ningún hipertenso sin su control adecuado, ya que la hipertensión arterial no es sólo una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo para desencadenar enfermedades de mayor letalidad.

De acuerdo a Orem en su teoría del autocuidado, es allí donde la enfermera debe hacerse partícipe en la educación del paciente, para que éste empiece primero a aceptar su enfermedad y a su vez realizar su propio autocuidado, haciéndole ver que su calidad de vida sólo dependerá del cuidado de sí mismo.

Gráfica No. 2 CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO SEGÚN FRECUENCIA DEL CONTROL Y SEXO. MAYO, 2008.

PACIENTES



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Cuadro No. 3 CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

CONOCIMIENTO GENERAL	TOTAL		SEXO							
			MASCULINO				FEMENINO			
			SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	192	100	23	12	37	19	70	36	62	32
Complicaciones de la hipertensión	-	-	14	7	6	3	32	16.5	12	6
Órganos afectados por la hipertensión	-	-	9	5	11	6	30	15.4	14	7
Nefropatía hipertensiva	-	-	-	-	20	10	8	4.1	36	19
Desconocen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Análisis del cuadro No. 3

El elevado desconocimiento de los aspectos relevantes de la hipertensión arterial trae consigo que los pacientes no lleven a cabo cambios en sus estilos de vida, como la práctica de ejercicio físico, disminución del uso del tabaco y alcohol, hecho que trae como consecuencia la aparición de hipertensión arterial y la evolución desfavorable de la misma.

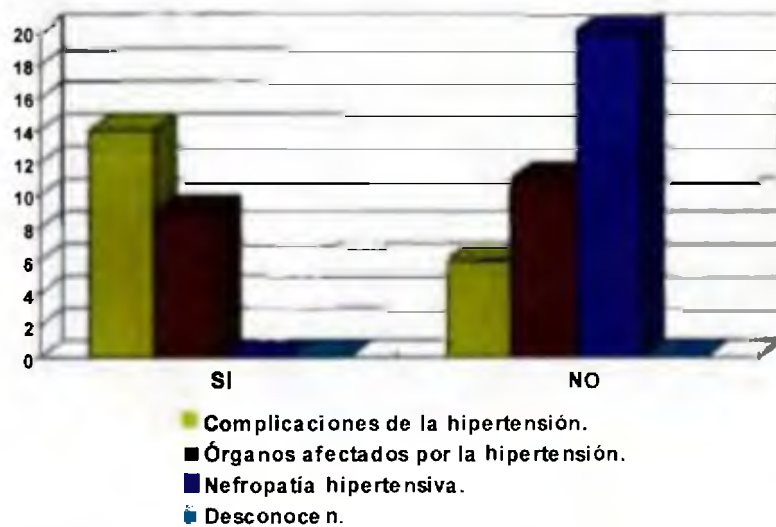
En este estudio se encuestaron 64 personas, de los cuales 20 eran hombres y 44 mujeres, pero en total se tabularon 192 respuestas de tres preguntas sobre conocimiento, arrojando como resultado que en los hombres, el 19% de las preguntas contestadas correspondían a un desconocimiento y sólo el 12% respondieron que sí conocían de los ítems evaluados. Por otro lado, al evaluar el resultado en las mujeres, observamos que en el 36% de los ítems evaluados las mujeres tenían conocimiento; no obstante, al 32% de las preguntas evaluadas respondieron que no conocían las mismas y sin obviar el 29% de las personas encuestadas que revelaron desconocer qué era nefropatía hipertensiva.

Con lo antes descrito, se corrobora que los pacientes hipertensos muestran un gran desconocimiento de las complicaciones renales que trae consigo la hipertensión.

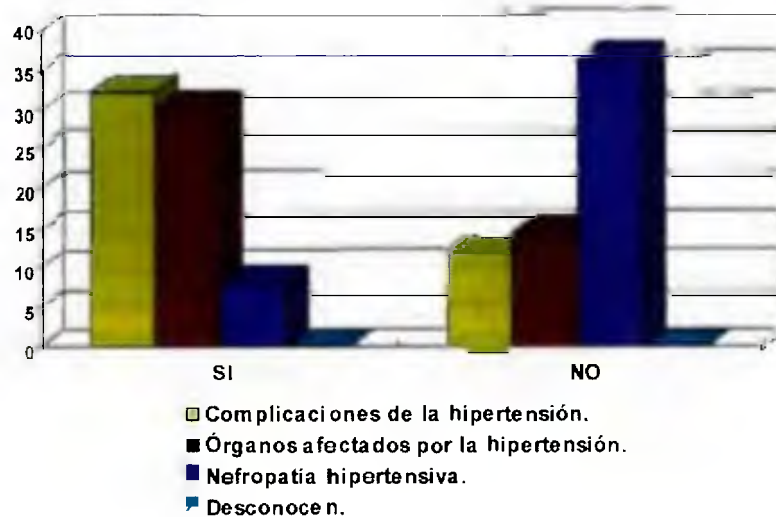
Cabe destacar, lo que cita Dorothea Orem en su teoría del autocuidado, donde describe al ser humano como "un organismo biológico, racional y pensante"; esto quiere decir, que el hombre como ser pensante y racional debe ser capaz de adquirir conocimientos que contribuyan a disminuir complicaciones secundarias a su patología ya presente, para prevenir así la ocurrencia de pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a la hipertensión.

Gráfica No. 3 CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

PACIENTES MASCULINOS



PACIENTES FEMENINAS



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Cuadro No. 4 TRATAMIENTO MÉDICO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	SEXO					
	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	64	100	16	24.8	38	59.6
Enalapril	8	12.5	2	3.1	6	9.4
Atenolol	11	17.2	2	3.1	9	14.1
Verapamilo	9	14.1	2	3.1	7	10.9
Indapamida	7	10.9	3	4.6	4	6.2
Ramipril	5	7.8	2	3.1	3	4.7
Amiglipina	8	12.5	3	4.6	5	7.8
Diazide/Hidroclorotiazida/Triamtileno	4	6.2	2	3.1	2	3.1
Lasix o Furosemida	2	3.2	-		2	3.1
Sin control	10	15.6	4	6.2	6	9.4

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Análisis del cuadro No. 4

Existen muchos medicamentos para tratar la hipertensión. Los fármacos deben iniciarse con dosis bajas y titularse despacio hasta alcanzar el control deseado de la presión sanguínea.

Cuando el médico elige un medicamento, el perfil de efectos colaterales y las enfermedades concomitantes del paciente, ayudan a guiar la elección; por lo tanto, se recomienda iniciar con diuréticos o B-Bloqueadores.

Claramente se pudo observar, que el 84.4% de los pacientes está con tratamiento farmacológico, siendo los bloqueadores de las primeras elecciones con un 17.2% de uso, seguido de los bloqueadores de canales de Ca (no dihidropiridina) con un 14.1% y posterior con un 12.5% de uso los ECA y los bloqueadores de los canales de Ca/dihidropiridina).

Sin embargo, cabe señalar que un 15.6% no tienen un tratamiento farmacológico, refieren que se controlan con dieta.

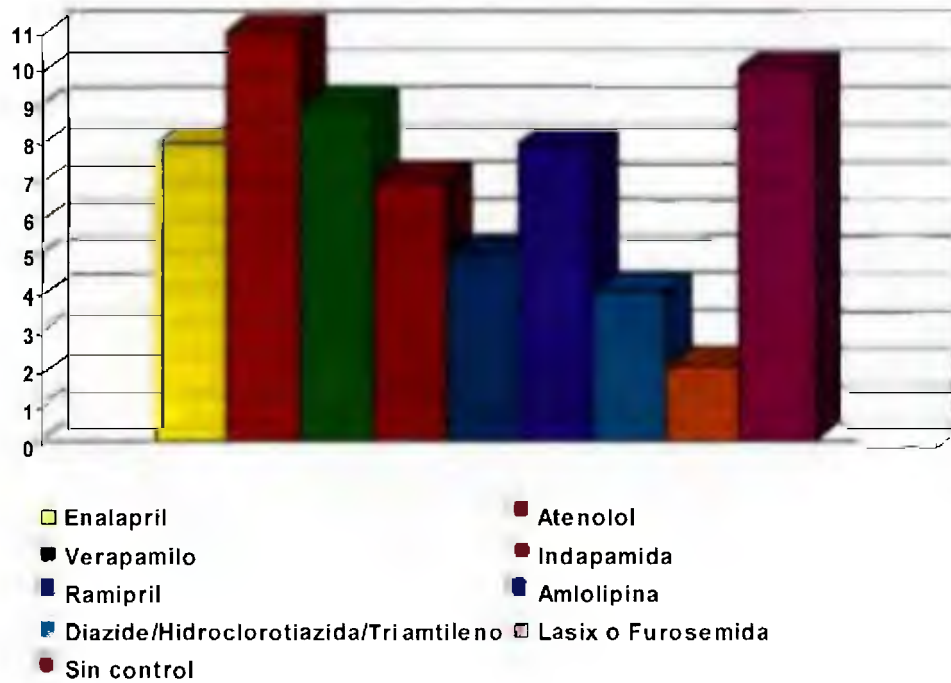
En fin principal del tratamiento farmacológico es normalizar la presión arterial, para así evitar las complicaciones cardiovasculares. Cada tratamiento debe ser individualizado, escogiendo el grupo de medicamentos indicados para cada situación especial.

Lo importante no es sólo bajar la tensión arterial con medicamentos en un paciente hipertenso, sino corregir todos los factores de riesgo cardiovasculares que pueden comprometer órganos blancos.

Según la teoría de autocuidado de Orem, se hace necesario la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidado, y otorgar protagonismo al sistema de preferencia del sujeto. Es decir, que vemos muchas veces el número de clientes que son controlados con medicamentos y que muchas veces por alguna razón dejan de tomarlos, prefiriendo controlar su tensión arterial con dietas y ejercicios. Es aquí donde se debe trabajar con cada cliente individualmente para relacionar algunos aspectos que contribuyan a dar un mejor control médico-paciente, sin olvidar que la herramienta principal para el logro de dicha meta es la educación del paciente.

Gráfica No. 4 TRATAMIENTO MÉDICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

PACIENTES



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Cuadro No. 5 HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

HÁBITOS ALIMENTICIOS	TOTAL		SEXO			
	No.	%	MASCULINO		FEMENINO	
			No.	%	No.	%
TOTAL	64	100	20	31	44	69
Asados	10	16	2	3	8	13
Fritos	30	46	10	15	20	31
Sancochados	14	22	3	5	11	17
Guisados	10	16	5	8	5	8

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Análisis del cuadro No. 5

Las modificaciones en los hábitos alimentaciones pueden ser medidas efectivas para reducir la presión sanguínea en los pacientes motivados.

Hay que alentar a los pacientes hipertensos a llevar una alimentación adecuada, pues el control de su peso ayudará a mantener los niveles de la presión arterial normales. Incentivarlos al consumo de frutas y verduras.

Se ha demostrado que se puede reducir el nivel de la presión sanguínea siguiendo un plan de alimentación saludable.

Para integrar un plan de alimentación que prevenga la hipertensión o controle la misma, se debe considerar el efecto de los nutrientes de los alimentos sobre la presión sanguínea; como es el caso del consumo de frutas, vegetales, alimentos lácteos bajos en grasa y bajar el consumo de grasas saturadas. Así mismo, se debe incluir granos, pescado, como reducir el consumo de carnes rojas, dulces condimentos, etc.

Por otra parte, es de vital importancia conocer que se debe reducir el consumo de sodio, es decir, que la clave de una alimentación saludable es seleccionar comidas bajas en sal, se debe utilizar alrededor de una cucharadita al día.

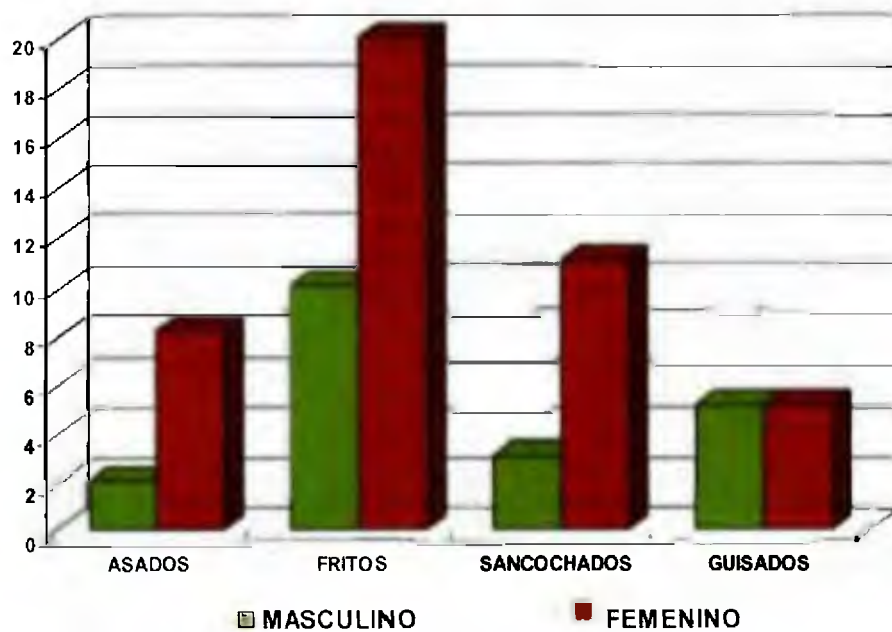
El sobre peso y la obesidad contribuyen a aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas e incrementar el riesgo de padecer hipertensión o empeorar su condición si ya la padecen.

En cuanto al cuadro anterior, el 15.6% manifestaron controlar su presión arterial con dieta, pero podemos ver claramente que el 46% de los pacientes encuestados consumen sus alimentos fritos, contribuyendo esto al sobrepeso, a la hipercolesteremia. El 38% manifestó consumir sus alimentos sancochados y asados; y un 16% guisados y condimentados.

Orem establece que el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. Es decir, que el ser humano es capaz de comprender los riesgos que conlleva no poner en práctica modelos de vida saludables; es por ello, que el equipo de salud en conjunto con la población, debe realizar campañas de educación de salud, promoviendo la importancia de que cada individuo como ser pensante tome conciencia sobre su enfermedad, proyectándose a un futuro libre de complicaciones, gracias a la buena internalización de su "autocuidado".

Gráfica No. 5 HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

PACIENTES



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Cuadro No. 6 FACTORES DE RIESGO QUE PRACTICAN LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		SEXO							
			MASCULINO				FEMENINO			
			SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	64	100	15	23	5	8	10	16	34	53
Tabaquismo	10	15.6	4	6	-	-	3	5	3	5
Consumo de alcohol	10	15.6	4	6	-	-	2	3	4	6
Sedentarismo	20	31.2	2	3	5	8	5	8	8	12
Todas las anteriores	10	15.6	5	8	-	-	-	-	5	8
Ninguna de las anteriores	14	22	-	-	-	-	-	-	14	22

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Análisis del cuadro No. 6

El consumo de alcohol eleva la tensión arterial al igual que el fumar, asociado a que generalmente las personas que ingieren bebidas alcohólicas, ya sea por hábito o por costumbre, casi siempre son fumadores, dos factores relacionados entre sí.

Cabe mencionar, que las personas fumadoras por lo general, tienen alterado el sentido del gusto, por lo tanto, a la hora de consumir sus alimentos, estos suelen ser más salados y condimentados, contribuyendo así a su aumento de la presión arterial.

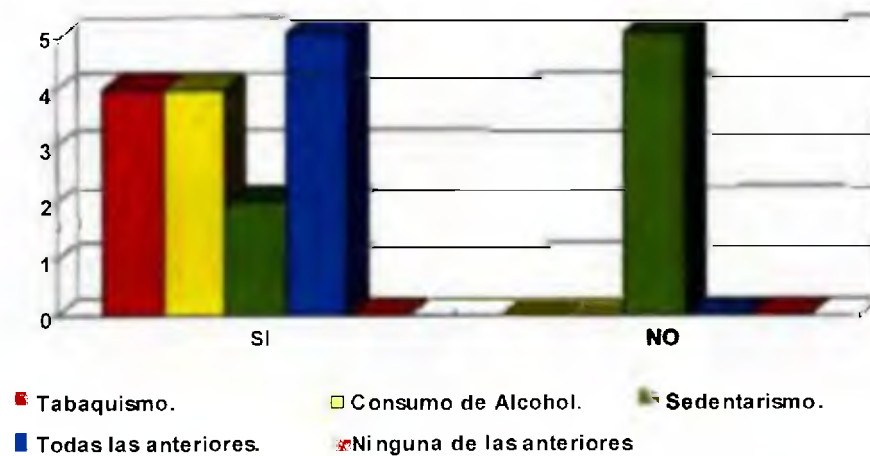
En cuanto al cuadro No. 6, podemos analizar de la muestra estudiada, que el 78% consumen bebidas alcohólicas, fuman, no realizan actividad física, por lo que concluimos que la población hipertensa incurre en muchos factores de riesgo, que desconocen pueden agravar su situación como hipertenso. Sólo un 22% del sexo femenino, respondieron que no consumen alcohol, no fuman y al menos realizan 30 minutos de actividad física (caminatas).

Ante lo antes mencionado, no debemos pasar por alto que las presiones diastólicas y sistólicas se encuentran relacionadas significativamente a la ingesta de alcohol y a patrones de consumo de alcohol. El alcohol aumenta la presión arterial, aumentando la descarga de los nervios simpáticos vaso constructores en la vasculatura del músculo esquelético. Otro mecanismo relacionado con la hipertensión es el efecto directo del alcohol sobre el transporte de calcio hacia las células del músculo liso y una disminución de magnesio intracelular, el cual afecta el tono de la musculatura periférica hacia el vasoespasmo.

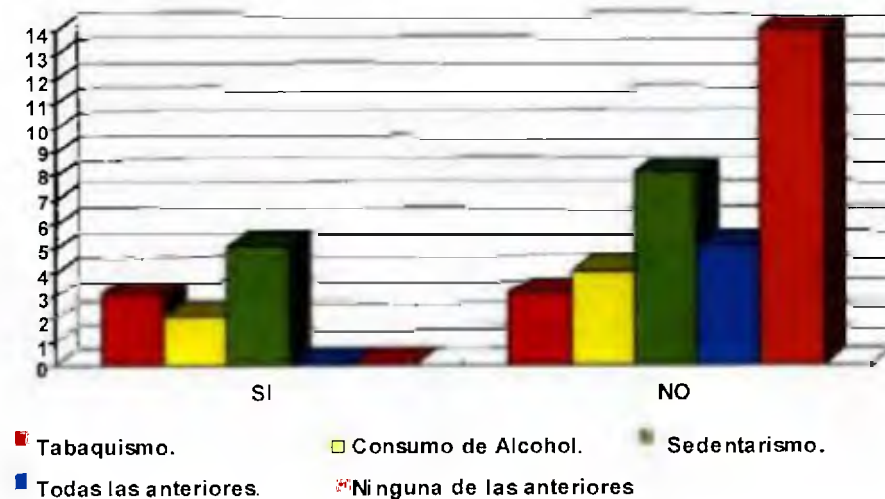
Al realizar una comparación con hallazgos obtenidos en la revisión exhaustiva de investigaciones, podemos ver claramente que a nivel mundial los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo o agravamiento de la hipertensión son los mismos; es por ello, que cabe destacar, que aunque se destinen millones de dólares para campañas educativas en cuanto a prevención y promoción de la salud, si la población actual y las generaciones futuras no tienen conciencia de la gravedad de las enfermedades cardiovasculares y renales a las que conllevan estos factores y la hipertensión, la incidencia de morbi-mortalidad seguirá aumentando cada día más.

Gráfica No. 6 FACTORES DE RIESGO QUE PRACTICAN LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

PACIENTES MASCULINOS



PACIENTES FEMENINAS



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Cuadro No. 7 VÍNCULO LABORAL SEGÚN SEXO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

OCUPACIÓN	TOTAL		SEXO			
	No.	%	MASCULINO		FEMENINO	
			No.	%	No.	%
TOTAL	64	100	20	31	44	69
Ama de casa	22	34	-	-	22	34.5
Jubilado(a)	32	50	10	15	22	34.5
Albañil	3	5	3	5	-	-
Educador	5	8	5	8	-	-
Policía	2	3	2	3	-	-

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

Análisis cuadro No. 7

Otro aspecto importante que hay que tener en cuenta a la hora de atender a un paciente hipertenso, es el trabajo o actividad diaria, pues muchas labores conllevan al estrés físico y psíquico.

En la muestra de pacientes estudiados, se pudo observar que el 34.5% de los pacientes son amas de casa, sumado a esto un 34.5% jubiladas y que hoy día son amas de casa, representado por un 69%; sólo un 16% de las pacientes son trabajadores.

Cabe señalar, que las mujeres amas de casa llevan sobre sí, en forma general, todo el peso de atención, cuidados de los niños, labores domésticas y realizan menos ejercicio físico con mayor tendencia al sedentarismo y a la obesidad, factores que influyen en el desarrollo de la hipertensión. El 15% restante, está constituido por pacientes masculinos que están jubilados y que se dedican a estar en casa.

El estrés como fenómeno multifactorial contribuye a una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos. Sin embargo, cuando estas respuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas, el estrés puede traer complicaciones en la salud, tal es el caso de la hipertensión. (South, P., 2005)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia que puede representar el estrés en la hipertensión y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad.

Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés per se un papel determinante en la etiología de la hipertensión, sí se reconoce en mayor o menor medida cierto grado de responsabilidad a la patogenia de esta enfermedad. Por otra parte, ante una situación de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos, mediados por la alteración del sistema nervioso simpático. Estos cambios incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales, lo que provoca un inestable aumento de la presión arterial.

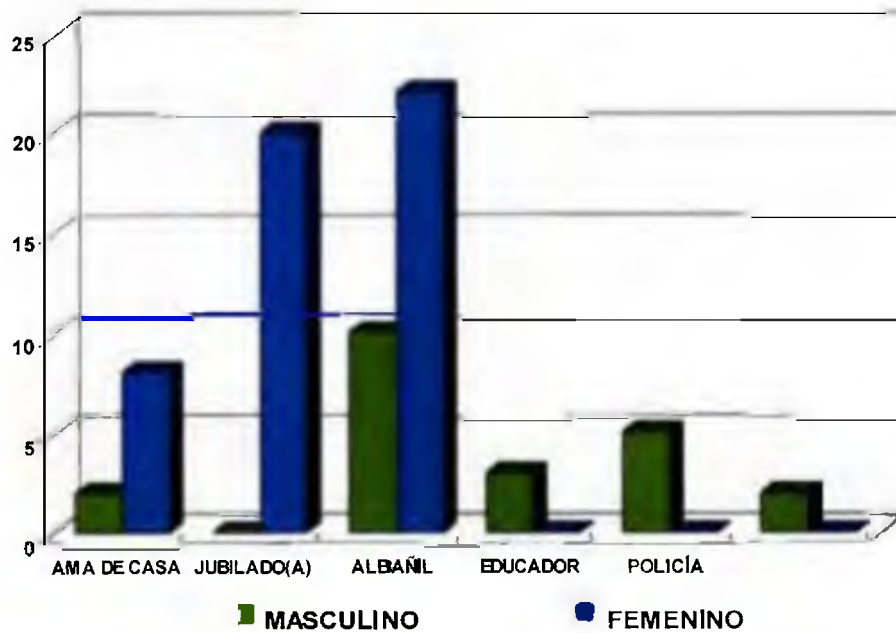
Una de las orientaciones para mejorar el estilo de vida de los pacientes hipertensos, es el uso de estrategias para disminuir el estrés y de esta forma llevar un mejor control de la hipertensión arterial.

Llama la atención, que el 69% de la muestra corresponde a amas de casa y personas jubiladas, por lo que entre los estudios futuros sería interesante determinar las medidas que utilizan para disminuir el estrés cotidiano y cuáles son las situaciones que según ellos les produce estrés, porque a veces tendemos a pensar que cuando se está en casa no se tiene estrés y la literatura señala una clara relación entre el estrés, la hipertensión y las complicaciones de la misma.

El 16% de los pacientes encuestados laborada en funciones como albañil, policía y educadores.

Gráfica No. 7 VÍNCULO LABORAL SEGÚN SEXO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA POLICLÍNICA ROBERTO RAMÍREZ DE DIEGO. MAYO, 2008.

PACIENTES



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hipertensos que acuden a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego. Mayo, 2008.

CONCLUSIONES

- ❖ La hipertensión arterial tiene un aumento progresivo con la edad, siendo el sexo femenino el más afectado con un 69% entre las edades de 46-50 años de acuerdo a esta muestra.
- ❖ La ingestión de alcohol, el tabaquismo y el sedentarismo se erigieron como los principales factores de riesgo. El 78% de la muestra indicó tener estos factores de riesgo.
- ❖ El tabaquismo podría afectar la respuesta de los hipertensos a la terapia antihipertensiva, se ha evidenciado que las cifras de mortalidad de los hipertensos fumadores es el doble que la de los no fumadores.
- ❖ El tratamiento farmacológico fue predominante asociado al elevado índice de hipertensión moderada, siendo de mayor relevancia los antihipertensivos bloqueadores de los canales de calcio.
- ❖ El desconocimiento inminente de los pacientes acerca de la hipertensión arterial, sus complicaciones y el adecuado control; puede estar relacionado a la alta incidencia de pacientes hipertensos con nefrosclerosis.
- ❖ La población encuestada sin lugar a duda debe requerir orientación sobre los hábitos alimenticios y el por qué debemos tener cuidado con la alimentación, ya que los resultados reflejan una población consumidora de productos fritos y

condimentados, contribuyendo así a la hiperlipidemia que podría conducir a la formación de ateromas, aterosclerosis y hasta la muerte.

- ❖ Las modificaciones del estilo de vida son fundamentales en el tratamiento de la hipertensión arterial, además de comprender un interesante grupo de factores personales y del medio ambiente que necesitan ser atendidos para que el tratamiento de la hipertensión arterial sea exitoso.
- ❖ Generalmente padecen de hipertensión arterial quienes tienen una predisposición constitucional hereditaria, pero también pueden presentarla aquellos que sin antecedentes de hipertensión familiar son afectados por factores de riesgo acumulativos y que se potencian entre sí.
- ❖ El conocimiento es un proceso continuo en constante cambio. La base del conocimiento del paciente cambiará con el tiempo, por lo que es necesario retroalimentar al paciente hipertenso para una mayor comprensión sobre las complicaciones de la hipertensión arterial y el riesgo de padecer nefroesclerosis, y así recompensarlo con la adquisición de más conocimiento sin importar sexo, edad, religión y nivel educativo, pues hay que recordar el lema "salud igual para todos".
- ❖ Claramente se puede reafirmar lo que resalta Orem en su teoría del autocuidado, ya que los hipertensos deben realizar su propio autocuidado para

así aumentar su calidad de vida, ya que estos sólo tienen limitaciones de salud en cuanto a una patología presente, que no les impide cuidar de sí mismos tomando conciencia y aceptando su enfermedad.

- ❖ De acuerdo a la teoría del autocuidado, la participación de la enfermera en el caso del grupo de los pacientes hipertensos, sólo se limita a ser un apoyo educativo para los mismos; únicamente en los pacientes que sea dependientes su participación será totalmente compensadora, es decir, que la misma participará activamente en la realización del autocuidado terapéutico del paciente.

RECOMENDACIONES

- ❖ Implementar programa de pesquisa, control y seguimiento de la hipertensión desde la prevención y la puesta en marcha de estrategias pertinentes de promoción de la salud a través de programas de educación nutricional, orientadas a producir cambios de conductas alimenticios y de hábitos de vida que promuevan una alimentación saludable a través del consumo de una dieta equilibrada y del ejercicio físico.
- ❖ Cuanto más joven es el paciente al ser diagnosticado hipertenso, menor es su esperanza de vida si no se trata adecuadamente, es por ello, que hay que educar a la población hipertenso para crear conciencia de su enfermedad y la importancia de ingerir medicamentos y de llevar un adecuado control de su presión arterial.
- ❖ Educar a la población hipertenso sobre la enfermedad y sus complicaciones, y de los riesgos irreversibles que se pueden desencadenar a la misma. Explicar que la hipertensión arterial puede ser causa y consecuencia del daño renal y puede acelerar la evolución de las enfermedades renales.
- ❖ En Panamá el enfoque de salud pública debe ser la estrategia preferida para detener el crecimiento de las enfermedades cardiovasculares, así como su impacto sobre los costos de atención de salud, ya que su aplicación reduciría drásticamente el número de pacientes que necesitan tratamiento de hemodiálisis por hipertensión arterial.

- ❖ La educación es la piedra angular del tratamiento de la hipertensión arterial. La modificación del estilo de vida, es una de las herramientas terapéuticas más importante; es indispensable que el paciente se haga responsable de la enfermedad y desarrolle habilidades para manejarla.

- ❖ Las enfermeras que llevan los programas de salud de adultos de los pacientes hipertensos, deben trabajar aún más con estos pacientes, ya que las cifras de van en aumento, sin obviar que muchos de estos pacientes hipertensos ya padecen de falla renal, que empeora por el desconocimiento de su patología y sus complicaciones.

- ❖ Las enfermeras de atención primaria y de atención hospitalaria debemos ser capaces de establecer programas educativos para pacientes y familiares hipertensos, enfocándonos en la situación actual de los pacientes con insuficiencia renal (hipertensión) que por desconocimiento de su enfermedad o falta de control de la mismo, dependen de una máquina de diálisis para poder vivir.

BIBLIOGRÁFICA

- CAREY, Ch. (2002). *Manual Washington de Terapéutica Médica*. España: Editorial Masson.
- FAUCI, B. y otros. (2005). *Principio Medicina Interna*. España: Editorial Mc Graw Hill.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4^{ta} Edición. México: Mc Graw Hill.
- HERRERA VARGAS, R. (2005). *Hemodiálisis Práctica*. Miami: Editorial Pabst Science Publishers.
- ISAACS, L. (2005). *Investigación con Enfoque de Género*. Panamá: I.M.V.P.
- MARRINER, A. y otros (1999). *Modelos y Teorías de Enfermería*. 4^{ta} Edición. España: Editorial Marcoort Broce.
- MONTERO, O. (2003). *Fundamentos de Medicina Nefrología*. Colombia: Editorial CIB.
- MORALES, J. (2003). *Manual de Nefrología e Hipertensión*. Chile: Editorial Mediterráneo.
- MORENO, A. y otros. (2005). *Epidemiología Clínica*. México: Mc Graw Hill.
- MYERS, A. (2001). *Medicina Interna*. México: Mc Graw Hill.

SOUTH, P. (2005). *Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Familiar*. Colombia: Editorial Manual Moderno.

VELEZ, H. (2003). *Paciente en Estudio Crítico*. Colombia: Editorial CIB.

ANEXOS

Anexo # 1
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIA DE ENFERMERÍA CON
ESPECIALIZACIÓN EN NEFROLOGÍA

Encuesta dirigida a pacientes hipertensos que acuden al Programa Salud de Adultos de la Policlínica Roberto Ramírez de Diego, con el propósito de evaluar conocimientos previos de los pacientes hipertensos de su predisposición a la insuficiencia renal.

Objetivo: Realizar una investigación para conocer que tan informado está sobre la hipertensión y el daño renal. Agradecemos su colaboración.

1. Edad: _____ Sexo: _____
2. ¿Ha realizado estudios? SI _____ NO _____
 Primarios _____ Secundarios _____ Universitarios _____ Ninguno _____
3. ¿Sabe usted que es hipertensión?
 SI _____ NO _____
4. ¿Con qué frecuencia se controla la presión arterial?
 Diariamente _____ Semanalmente _____ Mensualmente _____
5. ¿Cuál es el valor de su presión arterial cuando se la controla? _____
6. ¿Cómo considera usted este valor?
 Normal _____ Bajo _____ Alto _____
7. ¿Presenta usted alguna molestia cuando su presión arterial está alta?
 SI _____ NO _____ Cuál: _____
8. ¿A qué edad le diagnosticaron la hipertensión arterial? _____
9. ¿Toma usted algún medicamento para la presión arterial?
 SI _____ NO _____ Cuál: _____
10. ¿Toma usted remedios caseros?
 SI _____ NO _____

11. ¿Con qué frecuencia acude al médico para su control?
 Semanalmente _____ Mensualmente _____
 Trimestralmente _____ Anualmente _____
12. ¿Trabaja usted? SI _____ NO _____ Especifique _____
13. ¿Realiza usted alguna actividad recreativa?
 SI _____ NO _____ Mencione _____
14. ¿Realiza usted alguno de estos hábitos?
 Fumar _____ Ingerir bebidas alcohólicas _____
15. ¿Qué condimentos utiliza usted al preparar sus comidas?

16. Sus comidas son preferiblemente:
 Fritas _____ Asadas _____ Guisadas _____ Sancochadas _____
17. ¿Conoce las complicaciones de la hipertensión?
 SI _____ NO _____
18. ¿Conoce qué órganos se afectan por la hipertensión?
 SI _____ NO _____ Cuál _____
19. ¿Sabe usted que es nefropatía hipertensiva?
 SI _____ NO _____
20. ¿En su familia hay hipertensos?
 SI _____ NO _____ Mencione _____
21. ¿Algún miembro de su familia ha padecido de trastorno renal?
 SI _____ NO _____ Quién _____

Anexo # 2

**POBLACIÓN CON NEFROPATÍA HIPERTENSIVA DE 15 - 65 AÑOS Y MÁS
SEGÚN SEXO - EDAD. HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ AGUADULCE.**

2002 - 2006

EDAD	TOTAL		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	49	100	32	65	17	35
15 - 24	3	6	2	6	1	6
25 - 34	8	16	5	16	3	18
35 - 44	8	16	6	19	2	12
45 - 54	13	27	8	25	5	29
55 - 64	14	29	9	28	5	29
65 o más	3	6	2	6	1	6

Fuente: Libro de censo de pacientes. Sala de Hemodiálisis. Hospital Rafael Estevez - Aguadulce.

Anexo # 3

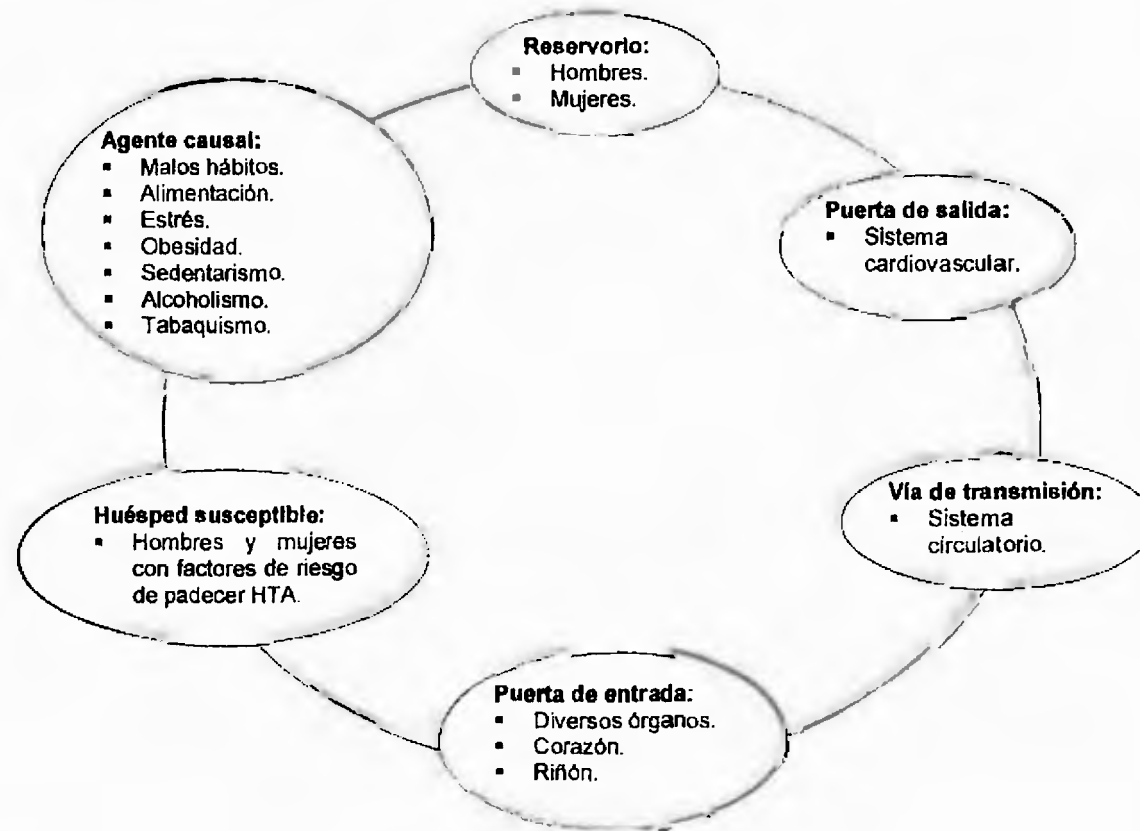
**DEFUNCIONES POR CIERTAS ENFERMEDADES RENALES EN LA
REPÚBLICA DE PANAMÁ SEGÚN CAUSA Y SEXO. 1998- 2005**

SEXO Y CAUSA	DEFUNCIONES POR CIERTAS ENFERMEDADES RENALES							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nefropatía hipertensiva (total)	23	32	31	46	41	44	45	23
Hombres	12	15	17	21	23	24	32	15
Mujeres	21	17	14	25	18	20	13	8

Fuente: Datos estadísticos obtenidos en archivos de la Dirección de Estadística y Censo.

Anexo # 4

CADENA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL



EDUCACIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TX OPORTUNO	LIMITACIONES DE LA INCAPACIDAD	RECUPERACIÓN
<p>Realizar campañas de educación a la población en general, para prevenir la hipertensión arterial (estilos de vida, manejo de estrés).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar campañas educativas sobre hipertensión arterial a personas con antecedentes familiares, obesos y con riesgos de padecer hipertensión arterial y que ya padecen de hipertensión arterial. ▪ Programar docencias sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta. ▪ Ejercicios. ▪ Manejo del estrés. ▪ Orientación sobre la importancia de los controles periódicos de la presión arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica. ▪ Anamnesis y valoración clínica. ▪ Laboratorios de gabinetes. ▪ Control diario de la presión arterial. ▪ Realizar PFR. ▪ USG renal. ▪ Arteriografía (con el objeto de identificar el eventual renovascular del cuadro). ▪ Biopsia renal. ▪ Medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antihipertensivos. IECAS Aras. Calcioantagonista. Diuréticos ▪ Nutrición. ▪ Cirugía. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nefrectomía. ▪ Tx supletorio. <ul style="list-style-type: none"> ▪ HD. ▪ DP. ▪ Orientación a pacientes y familia. 	<p>Referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud mental. ▪ Nutricionista. ▪ Nefrólogo. ▪ Terapias de grupo. ▪ Medicina interna. ▪ Cardiología 	<p>Para que un paciente con insuficiencia renal crónica pueda llevar un nivel de vida óptimo deberá ser participe de su propio autocuidado conjuntamente con el apoyo del nefrólogo, nutricionista, grupos de apoyo, asociación de pacientes con insuficiencia renal, enfermeras y familia.</p>