

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

## LA HIPERTENSIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Autor principal** MARIA CRISTINA MORAL LLAMAS

**CoAutor 1** AURORA MARIA GARCIA MONTILLA

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

**Palabras clave** HIPERTENSIÓN                      ENFERMEDAD                      DIETA                      HÁBITOS

### » Resumen

Determinar el grado de hipertensos y su relación con sus estilos de vida (tanto hábitos tóxicos, hábitos de alimentación ejercicio físico) de una muestra total de 60 individuos hombres y mujeres, comprendidos en edades desde los 25 a los 80 años.

### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial, (es la fuerza de presión ejercida por la sangre circulantes sobre las paredes de los vasos sanguíneos, y constituye uno de los principales signos vitales). Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, estas asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.<sup>1</sup>

La HTA se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo cursa con complicaciones graves y letales sino se trata. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como la enfermedad cerebrovascular y renal.<sup>1</sup>

En el 90% de los casos la causa de HTA es desconocida, por lo que se denomina Hipertensión arterial esencial con influencia hereditaria. Entre el 5-10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se denomina hipertensión arterial secundaria.<sup>1</sup>

En los últimos 20 años las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad, especialmente por enfermedades cerebrovasculares y coronarias han venido disminuyendo en todas las comunidades españolas. Además de la disminución del número de muertes cerebrovasculares ocurridas en España en los últimos dos décadas, del orden de varios miles respecto a las cifras observadas a mediados de los años 70, ha ocurrido en paralelo con un progresivo mejor manejo de la HTA.<sup>2</sup>

En 1992, según la Encuesta de Mortalidad Hospitalaria, se dieron en España 5.598 altas hospitalarias de varones y 7461 de mujeres por enfermedad hipertensiva y más de 26.000 en cada sexo por enfermedad cerebrovascular. El número total de estancias causadas por accidentes vasculares cerebrales se aproximó a un millón, número similar a las ocasionadas por la cardiopatía isquémica (Instituto Nacional de Estadística, 1995). Estos datos confirman el peso de las complicaciones en las que el aumento de la presión arterial tiene un papel significativo.<sup>2</sup>

Según un reciente estudio realizado en la población española de 35 a 64 años de edad, el 21,6% de los varones y el 18,1% de las mujeres eran hipertensos.<sup>2</sup>

En cuanto a la coexistencia de diversos factores de riesgo en la población hipertensa, el estudio Al Ándalus estimó que existe hipercolesterolemia en el 31,4% de los hipertensos, diabetes mellitus en el 10,4% y obesidad en el 33% de los hipertensos, cifras significativamente mayores que las presentes en los no hipertensos.<sup>4</sup>

En los 80 se estimaba en una tasa de hipertensos conocidos del 67%, de tratados alrededor del 49% y una tasa de enfermos controlados del 10% (Liga Española para la lucha contra la HTA 1995). En estudios recientes se señala que entre el 13% y el 26% de los hipertensos esenciales españoles tratados están controlados.<sup>2</sup>

La detección y el control de los hipertensos forma parte de la prevención primaria de la cardiopatía coronarias, de la enfermedad cerebro vascular hemorrágica y aterotrombótica y de las restantes complicaciones clínicas de la aterosclerosis.<sup>2</sup>

A su vez la prevención primaria de la hipertensión tiene como objetivo el control de los factores de riesgo de la propia hipertensión.<sup>2</sup>

### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

#### Objetivo General

Determinar la relación de una alimentación adecuada y estilo de vida saludable con las cifras de tensión arterial (TA)

#### Objetivos específicos

Ofrecer educación para la salud individual al mayor número posible de pacientes

Aumentar el número de pacientes hipertensos controlados

Disminuir la mortalidad por enfermedades producidas por HTA (enfermedades cardiovasculares)

La captación de la muestra se realizó en la consulta de enfermería.

Muestra de 60 personas de diferente sexo y en edades de 35-80 años

-Criterios de inclusión en la muestra

- Paciente no hipertensos e hipertensos
- Ambos sexos
- Con asistencia mensual a su consulta
- Que acepten participar en el estudio
- Edad de 35-80 años

-Criterios de exclusión en la muestra

- Pacientes hipertensos con crisis de hipertensión o descontrol severo.
- Pacientes que no acudan a la consulta mensual
- Que no acepten realizar el estudio
- Fuera del rango de edad

Antes de la recogida de datos se procedió a la información exhaustiva a la persona sobre el objeto de estudio y a la firma del consentimiento informado.

Para la recogida de datos se utiliza una escala que nosotros mismo realizamos para la valoración del estilo de vida, y hábitos alimentarios. En la consulta se recogen datos antropométricos, y se realiza educación sanitaria individual y finalizamos entregando unas recomendaciones.

El tipo de estudio que vamos a realizar es un estudio descriptivo, las variables en las que nos vamos a centrar en dicho estudio serán: la edad,

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Muestra de 60 pacientes, que dividiremos en grupos según la variable que vayamos a estudiar en ese momento, pero nos encontramos con un grupo de

- 10 mujeres de 35-50 años
- 20 mujeres de 50-80 años
- 10 hombres de 35-50 años
- 20 hombres de 50-80 años

1- Relacionada con el sexo,

Podemos observar que en el grupo de hombres de 35-50 años hay mayor porcentaje de hipertensos que en el grupo de mujeres del mismo rango de edad, sin embargo en el grupo de mujeres de 50-80 años el porcentaje de mujeres hipertensas es mayor que en el grupo de hombres del mismo rango de edad.

2- En cuanto al consumo de alcohol y tabaco

El 45 % ( 27 pacientes del total) reconoce fumar y beber más de 4 copas de alcohol al día, el 70 % son hipertensos.

El 55% restante (33 pacientes del total) no son fumadores ni consumidores de alcohol habituales, y en la cual nos encontramos con un 42,42 % de hipertensos.

En la relación del consumo de alcohol y tabaco relacionado con cifras de HTA no hemos distinguido entre sexo ni edad, solo en los hábitos tóxicos de cada individuo de la muestra.

3- En relación dieta y ejercicio

En esta variable nos encontramos con 3 grupos:

-Los que llevan una dieta baja en sal, rica en fruta y verdura con reducción de grasas( evitando sobre todo las saturadas) y con realización de ejercicio regular, nos encontramos con 12 pacientes del total, lo que equivale a un 20%.

De Estos el 33,33% tienen HTA, mientras el 66,67% restante se mantienen sus cifras en tensiones normales.

-Los que llevan una dieta con reducción de sal y ejercicio físico, de la muestra total tenemos 18 individuos lo que equivale a un 30%. De estos un 44,44% son hipertensos, mientras el 55,56% restante tienen cifras de tensión normales.

- Los que no llevan ningún control en la dieta ni ejercicio físico, que son 30 individuos del total, lo que equivale a un 50%, de estos el 73,33% padecen HTA, mientras el 26,67% tienen cifras normotensas.

4- En cuanto a la relación del peso (IMC)

Nos encontramos con 3 grupos en base al Índice de Masa Corporal.

-De nuestra muestra inicial el 48,33 (29 pacientes) tienen un IMC por debajo de 24,5 que estaría dentro de la normalidad, de estos un 70,87% tienen cifras normotensas, mientras un 29,13 son hipertensos.

-El segundo grupo lo compone un 25% de la muestra ( 15 pacientes) con un IMC entre 28 y 35 que se considera sobrepeso hasta 30 y obesidad leve hasta 35, de este grupo un 53,34 % no padecen HTA, mientras el 46,66% restante sí.

-Un tercer grupo cuyo IMC es mayor de 35, obesidad moderada, donde tenemos al 26,66% de la muestra (16 pacientes) de los cuales un 75% padecen HTA mientras el 25% mantienen cifras normotensas.

La HTA es un problema de salud pública con un importante coste social y económico, es una de las principales causas de accidente cardiovascular, y las enfermedades cardiovasculares, son la principal causa de muerte en la mayoría de los países del mundo.<sup>3</sup>

Debido a la gran incidencia de la HTA en la población mundial y a su incremento incesante a causa de los inadecuados hábitos de vida actuales, es muy importante que conozcamos los efectos del estilo de vida sobre la presión arterial de nuestro organismo.

Un argumento a favor de la importancia de los estilos de vida sana está en la información obtenida que a mayor índice de masa corporal corresponde un mayor valor de las cifras de TA.

El sobrepeso asociado a un menor ejercicio físico y una dieta con alto valor calórico, es una de las principales causas modificables.

Hemos sustituido nuestros alimentos tradicionales por hamburguesas, pizzas, chocolates, bollería industrial, refrescos, pastas, que son alimentos que contienen mucha carga energética y poco contenido en proteínas, y cada vez se consumen menos frutas y verduras.<sup>3</sup>

Respecto al tabaco, como hemos visto en nuestro estudio aumenta las cifras de TAI, en el estudio que Gropelli y otros realizaron en individuos normotensos con el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) de tabaquistas normotensos durante 8 horas (9, 17) mientras fumaban 1 cigarrillo cada 30 minutos y los compararon con un periodo idéntico sin fumar. Notaron niveles de TA persistentemente más elevadas mientras los individuos más fumaban. Se produjo un aumento inmediato y persistente de aproximadamente 12 mmHg en la presión sistólica y 15 mmHg en la diastólica después de fumar el primer cigarrillo. Cuando el individuo deja de fumar, ya es posible observar en la primera semana disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial.<sup>5</sup>

Con relación al alcohol, este en exceso es un hábito tóxico que influye también como hemos comprobado en las cifras de TA, según determinador estudios científicos como el realizado en el Hospital Clínico de Barcelona, llamado Cribado del Consumo excesivo de Alcohol existe una relación positiva y lineal entre el consumo de alcohol y la elevación de la TA.<sup>1</sup>

La mejor medida para disminuir el problema de la HTA, es la implantación de medidas de prevención y promoción de la salud en la comunidad,

vida con la HTA y con nuestros datos del estudio podemos demostrar que sí, aprovechando nuestro estudio hemos realizado una educación individual sobre este tema, dando tanto consejos en la consulta en la que se captó la información como en las sucesivas e informando a los paciente y dándoles por escrito unas normas básicas a seguir.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Se ha podido producir un sesgo de comprensión por parte de los pacientes de edad más avanzada.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

- 1- Utilice condimentos, hierbas y especias variadas en reemplazo de la sal de mesa y de aquellos alimentos que la contengan.
- 2- Deje de lado las carnes ahumadas, embutidos, enlatados, procesadas o en conserva y prefiera las carnes magras, pollo sin piel o pescados.
- 3- Evite las comidas congeladas, los platos combinados como pizzas con muchos agregados, sopas y caldos concentrados y aderezos para ensaladas debido a que, en general, contienen mucho sodio.
- 4- Comience el día con un buen desayuno sano
- 5- Cocine sus pastas, arroz u otros cereales sin sal y prepárelos en su hogar, ya que las mezclas precocidas contienen alto porcentaje de sodio.
- 6- Prefiera el agua en reemplazo de los refrescos con alto contenido de azúcar
- 7- Limite el consumo de comidas rápidas o procesadas.
- 8- Evite el sedentarismo, salga a pasear al menos 30 minutos 4 o 5 días a la semana.
- 9- Modificar hábitos tóxicos de su vida como fumar, o tomar bebidas alcohólicas diariamente y de forma excesiva.
- 10- Intente reducir su peso si usted se encuentra por su índice de masa corporal en grado de sobrepeso, u obesidad.
- 11- Tome lácteos desnatados diariamente.
- 12- Tome diariamente frutas y verduras que son ricas en potasio que es beneficioso para prevenir la HTA y baja las cifras.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Realmente se ha logrado cierto grado de progreso en el control de la HTA, como ha sido descrito, pero se necesita mejoras en las 3 áreas de conocimiento, tratamiento y control de la HTA, para ello es necesario investigar más en ellas, estudiar el impacto de las terapias no farmacológicas sobre las tasas de control, comparar diferentes estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente, evaluar intervenciones para mejorar los procesos de calidad de la atención o definir el papel de las clínicas de HTA y los especialistas en esta en el tratamientos de la HTA no

» **Bibliografía.**

- 1- Villareal H. Hipertensión arterial; un manual para médicos de atención primaria. 1.ª ed. 2007.
- 2- J. Programa de actualización continua para Cardiología.
- 3- [www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/pedroaranda.pdf](http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/pedroaranda.pdf)
- 4- National High Blood Pressure Education Program. *Hypertension* 2002; 40: 27-18.
- 5- Revista Española de Salud Pública 2004; 78 (4).