

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
PACIENTES QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO
EXTERNO DE MEDICINA, HOSPITAL REGIONAL
VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS, 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. EMERITA CELENI VEGA VASQUEZ

Asesora : Dra. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
PACIENTES QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO
EXTERNO DE MEDICINA, HOSPITAL REGIONAL
VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS, 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. EMERITA CELENI VEGA VASQUEZ

Asesora : Dra. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

A mis adorados padres, señor Julián Vega Rojas y Aurora Vasquez García; por su apoyo incondicional, ser el motor de mi desarrollo personal y profesional; así mismo, por guiarme en la vida y enseñarme los valores del trabajo y la modestia.

AGRADECIMIENTO

Al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, por apoyarme en tramitar mi solicitud con el Hospital Regional Virgen de Fátima para la recolección de los datos

Al director del Hospital Regional Virgen de Fátima-Chachapoyas, por permitirme el acceso a la entidad para la recolección de los datos.

A la Dra. Gladys Bernardita León Montoya, por su acertado asesoramiento, colaboración, apoyo y comprensión en la realización del presente estudio.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de Investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Director de la Escuela Profesional de Enfermería

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo Gladys Bernardita León Montoya, identificado con DNI N°18104261, con domicilio legal en Jr. Bolivia S/N docente nombrada a tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, asesora de la tesis titulado “PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA, CHACHAPOYAS, 2017”, presentado por el tesista en enfermería **Emerita Celeni Vega Vasquez**.

Por lo indicado doy testimonio y **visto bueno**, ya que ha ejecutado la tesis mencionada, por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.

Chachapoyas 06 de marzo del 2018.

.....

Dra. Gladys Bernardita León Montoya

DNI 18104261

JURADO EVALUADOR DE TESIS

(Resolución de Decanato N° 0172-2018-UNTRM-VRAC/F.C.S)

.....

PRESIDENTE

Dr. Edwin Gonzales Paco

.....

SECRETARIO

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

.....

VOCAL

Mg. Carla María Ordinola Ramírez

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicat3ria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades Universitarias	iii
Visto bueno del asesor	iv
Hoja de jurado	v
Índice	vi
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	06
III. MARCO TEÓRICO	07
3.1. Antecedentes del problema	07
3.2. Base te3rica	10
3.3. Definici3n de t3rminos b3sicos	22
IV. MATERIAL Y M3TODO	23
4.1. Tipo y dise1o de la investigaci3n	23
4.2. Poblaci3n y muestra	23
4.3. M3todo, t3cnica e instrumento de recolecci3n de datos	24
4.4. An3lisis de datos	25
V. RESULTADOS	26

VI. DISCUSIÓN	33
VII. CONCLUSIONES	37
VIII. RECOMENDACIONES	38
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01 Prevalencia de la Hipertensión Arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	26
Tabla 02 Prevalencia de Hipertensión Arterial por sexo en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	28
Tabla 03 Prevalencia de Hipertensión Arterial por ciclo de vida en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	30
Tabla 04 Prevalencia de Hipertensión Arterial según índice de masa corporal en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	32

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 01	Prevalencia de la Hipertensión Arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	27
Figura 02	Prevalencia de Hipertensión Arterial por sexo en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	29
Figura 03	Prevalencia de Hipertensión Arterial por ciclo de vida en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	31
Figura 04	Prevalencia de Hipertensión Arterial según índice de masa corporal en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.	33

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 01	Matriz de consistencia	43
Anexo 02	Ficha de Registro de datos de HTA	44
Anexo 03	Operacionalización de la variable	45

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo epidemiológico; de tipo: observacional, retrospectivo, transversal y univariado, se realizó con el objetivo de estimar la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017; considerando que la hipertensión arterial constituye en la actualidad la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad; en tal sentido la muestra fue 95 historias clínicas. Se utilizó el instrumento “Registro de casos de HTA”, elaborado por la misma autora que no necesitó ser validado porque solo es un registro de casos. El análisis de los datos fue procesada en el software SPSS versión 21, se elaboró tablas de contingencia y tablas simples, el análisis final de los resultados se realizó a través de la tasa de prevalencia y la estadística de frecuencias simples. Los resultados evidencian que la tasa de prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima fue un total de 79.1 X 1000 atendidos. En cuanto a la tasa prevalencia de la hipertensión arterial por sexo; el sexo masculino presentó 83.3 X 1000 atendidos. Con respecto a la tasa de prevalencia por ciclo de vida; los pacientes jóvenes presentaron 80 X 1000 atendidos. Por otra parte la tasa de prevalencia de acuerdo al índice de masa corporal; los pacientes que presentaron índice de masa corporal normal fue de 49.1 X 1000 atendidos. Conclusión: La tasa de prevalencia de la hipertensión arterial general fue baja a nivel local y regional, considerando que la tasa más alta lo tuvieron los del sexo masculino, los jóvenes y los que presentaron un índice de masa corporal normal, además que la mayoría presentaron hipertensión arterial en la etapa de la pre – hipertensión.

Palabras claves: hipertensión, hipertensión arterial, hospital, prevalencia.

ABSTRACT

The present research work was of a quantitative approach; of descriptive epidemiological level; of type: observational, retrospective, transversal and univariate, it was carried out with the aim of estimating the prevalence of arterial hypertension in patients who attended the outpatient clinic of Medicine, Virgen de Fatima Regional Hospital, Chachapoyas, 2017; considering that arterial hypertension is currently the most frequent chronic disease of humanity; in this sense, the sample was 95 medical records. The instrument "Registry of cases of HTA", elaborated by the same author that did not need to be validated because it is only a case register, was used. The analysis of the data was processed in the software SPSS version 21, contingency tables and simple tables were elaborated, the final analysis of the results was made through the prevalence rate and the statistics of simple frequencies. The results show that the prevalence rate of arterial hypertension in patients who attended the outpatient clinic of Medicine of the Regional Hospital Virgen de Fatima was a total of 79.1 X 1000 attended. Regarding the prevalence rate of arterial hypertension by sex; the male sex presented 83.3 X 1000 attended. With respect to the prevalence rate per life cycle; the young patients presented 80 X 1000 attended. On the other hand, the prevalence rate according to the body mass index; the patients who presented normal body mass index was 49.1 X 1000 attended. Conclusion: The prevalence rate of general arterial hypertension was low at the local and regional level, considering that the highest rate was observed among males, young people and those with a normal body mass index. Hypertension in the pre - hypertension stage

Keywords: hypertension, arterial hypertension, hospital, prevalence.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, de acuerdo a ciertos estudios, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (OMS, 2013, p. 9).

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, y especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Informes recientes de la OMS y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, como obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial. Es más, la epidemiología de la hipertensión y enfermedades relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes países y en diferentes regiones de países individuales (Sánchez, et al., 2010, p. 117).

Para la OMS es un problema grave de salud que afecta a 650 millones de personas y causa 3500 millones de muertes al año en todo el mundo. Es una patología frecuente entre la población adulta, estimándose que alrededor del 30 - 35 % de la misma a nivel mundial la padece. En Colombia los datos epidemiológicos no se alejan mucho de estos resultados donde algunos estudios muestran un porcentaje similar. En contraste con la elevada cantidad de personas afectadas por esta patología hay un gran número que desconoce su enfermedad debido a que no presentan síntomas, esto favorece la aparición de complicaciones a largo plazo en órganos blancos como los ojos, corazón, riñón y cerebro. De allí radica la importancia de obtener un diagnóstico precoz de esta patología utilizando como herramienta el control de la tensión arterial a todos los pacientes que asistan a nuestro consultorio (De Negri, 2012, p. 18).

Los países de ingresos elevados han comenzado a reducir la hipertensión en sus poblaciones mediante políticas enérgicas de salud pública, como la reducción de la sal en los alimentos procesados y la amplia disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión y otros factores de riesgo. Se pueden mencionar numerosos ejemplos de acciones conjuntas, intersectoriales que enfrentan con eficacia los factores de riesgo de la hipertensión arterial. En cambio, en muchos países en desarrollo aumenta el número de personas que sufren infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares provocados por factores de riesgo no diagnosticados ni controlados, como la hipertensión (Chan, 2013, p. 5).

En Perú según estudios realizados la prevalencia de la hipertensión arterial en la población general fue de 23,7%, lo que correspondería a 3 650 000 habitantes, estimado en base al censo 2005, con un predominio de hipertensos varones de 13,4% sobre hipertensas mujeres de 10,3%. Predominio de sexo masculino que persiste en los hipertensos de la costa, sierra y selva. La prevalencia de la hipertensión arterial por sexo, de toda la población, fue 27,1% en varones y 20,4% en mujeres (Régulo, 2006, p. 71).

En toda la población y en las tres regiones, la prevalencia de la hipertensión arterial se incrementó progresivamente con la edad en ambos sexos, con predominio de la costa hasta la década de los sesenta, cuando aparecieron algunos cambios. En la sierra, dicha prevalencia declinó y aumentó en la selva, con relación a la costa. Estos resultados indicarían que, la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial a partir de la cuarta década de vida, siempre es mayor en la costa que en la selva y menor aún en la sierra, a iguales edades, por influencia de probables factores (Régulo, 2006, p. 71).

Las ciudades con mayor y menor prevalencia en el país fueron: el Callao, con 34,5%, y Abancay con 12,4%, respectivamente, en ella se dispone las ciudades en relación a las tres regiones del país. En todas las ciudades, la hipertensión arterial fue de mayor prevalencia en el sexo masculino; excepto en Chachapoyas, Cajamarca, Cerro de Pasco y el Callao donde este predominio no es significativo. La prevalencia de la hipertensión arterial en las ciudades de la altura no mostró

una relación directa de mayor altitud a menor prevalencia de la hipertensión arterial; los resultados fueron variables. Las ciudades de la sierra con mayor prevalencia fueron Chachapoyas, Arequipa, Huaraz y Puno y, las de menor prevalencia, Huánuco y Abancay, ciudades situadas en la sierra, por debajo de los 3 000 msnm (Régulo, 2006, p. 72).

Los estudios realizados en Arequipa (24), Chiclayo (25) y en ESSALUD (26) muestran que alrededor del 60% de hipertensos son de grado I, 30% de grado II y 10% de grado III. Está establecido internacionalmente que la mayor parte de complicaciones las tienen los hipertensos de grado I. Las hospitalizaciones por hipertensión arterial en ESSALUD en el año 2001 fueron 1519 (1.11%) en la costa, 264 (0.80%) en la sierra y 176 (1.20%) en la selva. Las proporciones son mayores también en la costa y en la selva, que en la sierra cuando se trata de problemas cardiacos (isquemia miocárdica e insuficiencia cardiaca) y por enfermedades cerebro vasculares, lo que concuerda con los datos de hospitalización por hipertensión arterial primaria. (Stoll A. I., sf, p. 7)

Estas hospitalizaciones muestran un número mayor en los hombres que en las mujeres, siendo la diferencia más marcada en los pacientes con infarto de miocardio en los cuales alrededor de las dos terceras partes son del sexo masculino. Así mismo las hospitalizaciones son mayores en los pacientes que tiene más de 65 años: el 75% de los egresos por accidentes cerebro vascular tienen más de 65 años, el 60% de los pacientes por infarto miocardio, el 58% de los hipertensos y el 47% de los diabéticos (Stoll, sf, p. 7).

Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). El 1er semestre de 2010, la hipertensión por edad de 50 a 59 años fue de 16.8%, de 60 a 69 años fue de 26.2% y de 70 años a mas fue de 36.3%, hipertensión arterial por área de residencia, edad y sexo: personas de 50 a 59 años el área urbano fue de 17.6% y en el área rural fue de 15.0%, personas de 60 a 69 años en la área urbana fue de 30.6% y en el área rural fue de 19.2% y personas de 70 años a más en la área urbana fue de 36.2% y en el área rural fue de 36.6% (ENDES, 2010, p. 8).

Hipertensión arterial por regiones naturales: Lima Metropolitana 28.0%, resto Costa 27.0%, Sierra 23.5% y Selva 21.5%, hipertensión arterial por nivel

educativo alcanzado: primaria o menos 26.4%, secundaria 24.2% y superior 21.5%, hipertensos que desconocen su estado por área de residencia: área urbana 53.4% y área rural 71.9%, hipertensos que desconocen su estado por región natural: Lima Metropolitana 51.2%, Resto Costa 54.4%, Sierra 68.7% y Selva 55.7%, hipertensos que reciben tratamiento por región natural: Lima Metropolitana 39.7%, resto de Costa 37.5%, Sierra 25.3% y Selva 35.0%. Composición de la población 50 y más años por nivel de presión arterial: 33.7% normal, 41.2 pre-hipertensos y 25.2 hipertensos (ENDES, 2010, p. 10).

A nivel de Amazonas, la morbilidad de las enfermedades hipertensivas de los últimos años fueron: en el 2010 los casos fueron de 20-49 años (739), 50-64 años (1211), 65 años a más (2970). En el año 2011, de 20-49 años (640), 50-64 años (1300), 65 años a más (3465). En el 2012, de 20-49 años (587), 50-64 años (903), 65 años a más (2830) (DIRESA, 2013).

En el nivel local durante las prácticas clínicas de pregrado realizadas en el Hospital Regional Virgen de Fátima, en el consultorio externo del servicio de Medicina se ha observado un gran número de adultos que presentan Hipertensión arterial, al revisar las historias clínicas los pacientes mayormente tienen factores de riesgo modificables; se encontró durante los años 2010 al 2015 un promedio de 682 personas de diferentes edades con diagnóstico de Hipertensión arterial (Oficina de estadística del HRVF, 2016).

Considerando la realidad problemática se planteó el siguiente problema de investigación; ¿Cuál es la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017?; Debido a que la hipertensión arterial constituye en la actualidad la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad, especialmente en los países desarrollados, y adquiere su importancia porque a mayores cifras de presión arterial, mayor morbilidad y mayor mortalidad presentan los individuos afectados. Esto tiene lugar en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

A nivel nacional, según las estadísticas del MINSA 2010, se indica que la Hipertensión Arterial tiene una alta tasa de incidencia en cuanto a mortalidad, por

ser muy conocida como una enfermedad silenciosa y muy común en las personas adultas mayores, quienes se encuentran expuestas a varios factores de riesgo. Dentro de estos factores de riesgo, son los factores modificables como pueden ser: alimentación, hábitos psicosociales, actividad física, hábitos tabáquicos, consumo de alcohol, hábitos cafeínicos, etc.; los que se pueden cambiar en busca del bienestar de la persona y de esta manera poder prevenir enfermedades cardiovasculares como la Hipertensión Arterial; se tiene también los no modificables como el sexo, raza, edad y antecedentes familiares; donde no es posible intervenir pero si es necesario tenerlos en cuenta, para el adecuado control de ellos.

Los resultados de la presente investigación permitirán sustentar intervenciones educativas con un carácter activo, oportuno, permanente, equitativo e incluso de calidad que potencie formas de vida adecuada, estilos de vida saludable, nuevas formas de pensamiento de cada persona afectada y no afectada, tomar conciencia de la realidad en que se vive. Además servirá para que los responsables fortalezcan la prevención de enfermedades cardiovasculares en una edad avanzada, evitando su aparición mediante promoción de la salud y prevención de enfermedades que lo realiza el profesional de enfermería a través de sesiones educativas y demostrativas.

La prevalencia expresa la cantidad de casos de una enfermedad en un momento dado, de ahí su importancia para la elaboración de los programas de Salud preventivos, asistenciales y de control. Por otra parte, la información suministrada por la prevalencia es, en muchas ocasiones, un punto de partida para la investigación causal.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

- Estimar la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo del servicio de Medicina, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017

Objetivos Específicos:

- Identificar los casos de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo del servicio de Medicina, en el periodo Enero a Setiembre del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017.
- Caracterizar la población objeto de estudio de acuerdo a los factores e índices de PHTA.

III. MARCO TEÓRICO:

3.1. Antecedentes del Problema:

A nivel internacional

Martínez, L. (2014). México; en su estudio titulado “Prevalencia de diabetes e hipertensión en pacientes con psoriasis del Hospital General Regional de Orizaba número 1 (HGRO-1)”. Cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial en pacientes con psoriasis del hgro-1”. Sus resultados evidencian que la prevalencia de hipertensión arterial va en relación con diabetes mellitus con un 40%. La conclusión fue que en el HGRO-1 la psoriasis representa el 10% del total de la consulta externa del servicio de dermatología, ocupando uno de los primeros 5 motivos de consulta. De la misma manera, la diabetes mellitus e hipertensión arterial tienen una alta prevalencia en nuestra población.

Aguas, N. (2012) Ecuador. En su estudio titulado “Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad la Loma, Cantón, mira, del Carchi 2011”. Cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia de hipertensión arterial, describir su comportamiento en adultos negros y determinar los principales factores de riesgo como es el sexo, la edad avanzada, sobrepeso y obesidad, consumo de cigarrillo y alcohol, alimentación inadecuada, alto consumo de sal, baja actividad física”. Sus resultados evidencian que el consumo de cigarrillo pone en riesgo a la población con un 4% veces más frente a los que no fuman, en referencia al consumo de alcohol, se encontró que el 14% presenta mediano riesgo, seguido de un 13% que presenta bajo riesgo, 12% muy alto riesgo y 5% alto riesgo de mortalidad. La conclusión fue que se encontró que la presencia de enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial, aumenta conforme aumentan los años; es decir, su presencia es directamente proporcional con la edad.

Suárez, M. (2012) Ecuador. En su estudio titulado “Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años, en el Subcentro de Salud Reyna del Quinche periodo de enero a diciembre del 2008”. Cuyo objetivo fue “Determinar la Prevalencia de Hipertensión Arterial en pacientes de 40 a 65 años en el Subcentro de Salud Reina del Quinche e implementación de un programa de prevención y control”. Sus resultados evidencian que el número de pacientes aumenta en el transcurso de los meses llegando a 120 en el mes de Diciembre, también que según el sexo la cifra más alta de hipertensión arterial durante este año fue de las mujeres con un 65%, según la edad las personas de mayor edad son las que mayormente tienen hipertensión arterial siendo de 40-50 años 17%, de 51-60 años 35% y de 60 años a más 51%. La conclusión fue que según el sexo hay el 65% en mujeres, 35% en hombres, según la edad durante todos los meses del año 2008, los hipertensos son de más de 60 años.

Sánchez, M. (2009). Colombia. En su estudio titulado “Prevalencia de la hipertensión arterial y obesidad en escolares de 6 – 17 años en la ciudad de barranquilla 2008-2009”. Cuyo objetivo fue “evaluar la prevalencia de hipertensión arterial y obesidad en escolares de 6 a 17 años matriculados en colegios de Barranquilla en el periodo del 2008”. Sus resultados evidencian que las frecuencias para presión arterial diastólica elevada según antecedentes familiares de HTA de los escolares de 6 -17 años, Barranquilla 2008 sin antecedentes familiares presentan un 10.88% y con antecedentes familiares un 23.68%, la frecuencia de presión arterial sistólica elevada según el sexo de los escolares de 6 -17 años, Barranquilla 2008 el sexo femenino presenta un 4.57% y el sexo masculino presenta un 6.58%. La conclusión fue que influyen los antecedentes familiares para tener hipertensión arterial.

A nivel nacional

Soto, V., Vergara, E. y Neciosup E. (2005) Chiclayo. En su estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo de síndrome metabólico en población adulta del departamento de Lambayeque 2004”. Cuyo objetivo

fue “Precisar la prevalencia de la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus dislipidemias: hipertrigliceridemia e hipocolesterolemia HDL en la población adulta del Departamento de Lambayeque”. Sus resultados evidencian que la prevalencia de Hipertensión Arterial en Lambayeque es de 11.7% y de la Diabetes Mellitus es 2.5% mientras que la Dislipidemia tiene una prevalencia de Hipercolesterolemia de 47.3%. La conclusión fue que de todos los hipertensos según sexo la mayor prevalencia está en el sexo femenino ya sea de Pre-hipertensión, de hipertensión estadio 1 y estadio 2.

A nivel local

Castillo, E. (2012) Chachapoyas. En su estudio titulado “Prevalencia de hipertensión arterial en los trabajadores de la sede central del Gobierno Regional de Amazonas, Chachapoyas 2012”. Cuyo objetivo fue “identificar factores asociados a la hipertensión arterial: antecedentes familiares, sexo, ejercicio, alimentación, consumo de alcohol y tabaco”. Sus resultados evidencian que la tasa prevalencia puntual indica que por cada 1000 habitantes existen 90 personas con hipertensión arterial. Las conclusiones fueron que los factores de riesgo son: antecedentes de la madre y el padre (por HTA, infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, diabetes mellitus), consumo de tabaco, inactividad física, ya que el RR es > 1 .

Huamán D. y Vigo A. (2008) Chachapoyas. En su estudio titulado “Relación entre estilos de vida e hipertensión arterial del adulto y adulto mayor, Hospital I Base Higos Urco ESSALUD, Chachapoyas - 2008”. Cuyo objetivo fue “determinar, analizar y comparar la relación de los estilos de vida y la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor, Hospital I Base Higos Urco EsSalud”. Sus resultados evidencian que del 100% de adultos y adultos mayores estudiados: con hipertensión arterial moderada el 30.8% y el 15.4% presentaron estilos de vida saludable y en riesgo respectivamente, pacientes con hipertensión arterial leve 23.1% y 21.1% mostraron estilos de vida en riesgo y saludable y pacientes con

hipertensión arterial severa, el 5.8% presentaron estilos de vida saludable y el 1.9% presentó estilos de vida no saludable. Las conclusiones fueron que existe una relación significativa entre estilos de vida y la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor, Hospital I Base Higos Urco EsSalud Chachapoyas – 2008.

3.2.Base teórica:

A. Hipertensión arterial

A.1.Definición

La hipertensión arterial (HTA) se define como la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales (Molina, 2006, p. 11).

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta (OMS, 2013, p. 8).

La hipertensión o presión alta es un aumento de la presión en el interior de las arterias. Entre más alta está la presión, más esfuerzo debe hacer el corazón para poner a circular la sangre en el cuerpo. La hipertensión es una enfermedad crónica que causa gran incapacidad y muerte en el mundo (González, 2011, p. 15).

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que consiste en el incremento constante de la presión sanguínea en las arterias. Una persona es hipertensa si su presión arterial es igual o mayor a 140/90 mmHg en dos o más oportunidades (MINSA, 2013, p. 7).

A.2.Tipos

Los tipos de hipertensión se clasifican en función de las cifras a las que afectan (si es la tensión máxima o la mínima) y cuál ha sido el tipo de causa que lo ha provocado. Así se puede hablar de:

- Hipertensión sistólica aislada. En las cifras de tensión arterial solo esta elevada la sistólica o la máxima por encima de 160 mmHg.
- Hipertensión sistólica. Dentro de estas se encuentran: hipertensión primaria o esencial: es aquella que de por si es un problema, ya que no es producida por ninguna alteración del organismo. Hipertensión secundaria: es debida a problemas o alteraciones renales y/o endocrinas.
- Hipertensión diastólica: a su vez se clasifica en: hipertensión ligera: tensión diastólica o mínima entre 90-104 mmHg. Hipertensión moderada: valor mínimo de presión arterial entre 105-114 mmHg. Hipertensión grave: presión diastólica/mínima igual a 115 mmHg o por encima de este valor (Amado, 2006, p. 30).

A.3.Epidemiología

Se estima que mundialmente 1.5 billones de personas padecen esta enfermedad es decir aproximadamente el 20% de la población mundial. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la causas de estas defunciones. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA (González, 2011, p. 45).

A.4.Etiología

En un 90 a un 95% de los pacientes hipertensos no se encuentra una etiología definida que justifique la elevación de la presión arterial (PA); esta HTA se denomina esencial. La HTA es el

resultado final de la interacción de factores genéticos y ambientales que actúan sobre un mismo individuo.

La PA depende fisiológicamente del gasto cardiaco (GC) y de las resistencias periféricas; pueden influir sobre ellos múltiples factores y de esta manera desarrollar la HTA. Las alteraciones genéticas podrían iniciar el camino a la HTA permanente; se trata de un trastorno poli génico en el que participan múltiples genes con pequeños efectos sobre la PA. Esta aseveración lleva como consecuencia prácticas que los familiares de los hipertensos deben ser estudiados de forma más exhaustiva. Sin embargo y como todo trastorno poli génico, son los factores ambientales los que intervienen e interactúan con estos genes para llevar la PA a valores más altos que los normales. De este modo, se han descrito como factores etológicos de la HTA la edad y el sexo, la obesidad y la resistencia insulínica, la ingesta elevada de alcohol, factores nutricionales como el consumo elevado de sal y bajo potasio y calcio, el estrés y el sedentarismo (Álvarez, et al., 2005, p. 50).

Finalmente, encontramos una etiología específica de HTA en el 5-10% de los pacientes. Destacan por su frecuencia, causas como las drogas o los fármacos, el hiperaldosteronismo primario, la enfermedad renovascular, el fallo renal, el feocromocitoma y el síndrome de Cushing (Chorro, García, López, 2007, p. 59).

A.5.Fisiopatología

La PA es el producto de GC y la resistencia vascular periférica.

La presentación hemodinámica de la HTA es el aumento de las resistencias periféricas y el gasto cardiaco normal, si bien la circulación hiperdinámica, la hiperactividad simpática y la hipertrofia cardiaca, como mecanismo compensador del aumento de poscarga, podrían relacionarse con mecanismos de desarrollo y perpetuación de la HTA (Ramos, 2002, p. 20).

El tono vascular se relaciona con la vasoconstricción de las arterias de resistencia, bien funcional, donde tiene su acción el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la alteración de la membrana celular, la hiperactividad simpática y factores derivados del endotelio; bien estructural, con relación a la hiperinsulinemia y estímulos funcionales mantenidos (Raymond, et al., 2005, p. 48).

A.6. Manifestaciones clínicas

En el mayor porcentaje la hipertensión arterial no presenta signos ni síntomas, cuando está complicado puede presentar lo siguiente:

- Zumbido o ruido en el oído.
- Dolor de cabeza (cefalalgia).
- Adormecimiento de la mitad del cuerpo.
- Visión borrosa o visión de luces y mareos al levantarse al caminar (Amado, 2006, p. 15).

A.7. Diagnóstico

Se puede diagnosticar a partir de tres vías:

- Mediante revisiones periódicas.
- Historia familiar y antecedentes familiares.
- Exploración física y pruebas complementarias (Ramos, 2002. P. 10).

A.8. Tratamiento

Se tiene dos tipos de tratamiento: el no farmacológico y el farmacológico:

- No farmacológico: educar para la salud y prevención sobre: disminuir el consumo de tabaco, control de la obesidad, practicar ejercicio moderado, recomendaciones dietéticas. Modificación de los estilos de vida: bajar de peso, realizar actividad física, consumo moderado de sal, de alcohol, evitar fumar cigarrillos, consumir potasio.
- Farmacológico: en el primer nivel de atención: administrar captopril vía sublingual y se vuelve a controlar la PA en 30 minutos, si no se han normalizado las cifras se puede volver a administrar otro comprimido vía sublingual, en lugar de captopril se puede administrar nifedipino sublingual en dosis única, en cualquiera de los dos casos sino disminuye las cifras de la PA se pasaría al siguiente nivel de atención. En el segundo nivel de atención administrar furosemida (diurético) vía intravenosa, sino disminuye las cifras de PA se puede volver administrar a la media hora. En el tercer nivel de atención administrar urapidil por vía intravenosa que se puede repetir por prescripción sino hay buena respuesta (Álvarez, et al., 2005, p. 60).

A.9. Categorías de la hipertensión arterial

Se puede establecer que la Hipertensión Arterial es una enfermedad con una historia natural típica, un conjunto de complicaciones y no sólo el aumento de cifras de presión arterial, en consecuencia, la Hipertensión Arterial es conocida como una enfermedad controlable de etiología multifactorial que disminuye la calidad de vida de los individuos que la padecen (Bertolasi, 2004, p. 26).

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Normal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Pre-hipertensión	120-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensión estadio 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensión estadio 2	> o =160-179 mmHg	> o =100-109 mmHg

Fuente: MINSA - 2011

B. Epidemiología

B.1. Definición

Epidemiología es el estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud (OMS, 2011, p. 13).

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud (OMS, 2014, p. 8).

B.2. Objetivos de epidemiología:

La epidemiología es parte importante de la salud pública y contribuye a:

- Definir los problemas e inconvenientes de salud importantes en una comunidad.

- Describir la historia natural de una enfermedad.
- Descubrir los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad, predecir las tendencias de una enfermedad.
- Determinar si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable (Rada, 2007, p. 20).

B.3. Variables epidemiológicas:

B.3.1. Tiempo: es un recurso muy útil para conocer la velocidad de transmisión de una enfermedad: la curva epidémica y el corredor (canal) endémico.

- **Estacionalidad** (un patrón regular de variación entre estaciones del año), lo cual permite anticipar su ocurrencia y adoptar medidas preventivas.
- **Ciclos** (un patrón regular de variación en períodos mayores a un año) permite registrar la ocurrencia de enfermedad a través de varios años para describir y predecir sus ciclos.
- **Tendencia secular** (su patrón de variación o comportamiento en el tiempo). Graficar la frecuencia de enfermedad a través del tiempo es un recurso muy útil para conocer la velocidad de transmisión de una enfermedad. La curva epidémica y el corredor (canal) endémico son ejemplos de tendencia secular (Raymond, et al., 2005, p. 34).

B.3.2. Lugar: La localización geográfica de los problemas de salud es fundamental para conocer su extensión y velocidad de diseminación. La unidad geográfica puede ser el domicilio, la calle, el barrio, la localidad, el distrito, la provincia, el estado u otro nivel de agregación geopolítica,

y el lugar también puede ser una jurisdicción de salud, un hospital, el área de trabajo, el área rural o urbana, el lugar de nacimiento u otro espacio de interés. El análisis del lugar en cuanto a sus características físicas y biológicas permite generar hipótesis sobre posibles factores de riesgo y de transmisión.

B.3.3. Persona: Las características de las personas, tales como la edad, el género, el estado nutricional, sus hábitos y conductas (ocupación y estilos de vida), y su condición social (ingreso, estado civil, religión), permiten identificar la distribución de las enfermedades y posibles grupos y factores de riesgo (OMS, 2011, p. 29).

B.4. Medidas de frecuencia de enfermedad:

B.4.1. Tasa: medida de la rapidez de cambio de un fenómeno dinámico por unidad de población y de tiempo (tiempo-persona de exposición).

B.4.2. Prevalencia: es la medida del número total de casos existentes, llamados casos prevalentes, de una enfermedad en un punto o periodo de tiempo y en una población determinados, sin distinguir si son o no casos nuevos.

- **Tasa de prevalencia (TP):** Es la principal medida de frecuencia de enfermedad y se define como “el potencial instantáneo de cambio en el estado de salud por unidad de tiempo, durante un periodo específico, en relación con el tamaño de la población susceptible en el mismo periodo”. Para que una persona se considere expuesta al riesgo en el periodo de observación debe iniciar éste sin tener la enfermedad. (OMS, 2011, p. 58)

Cuya fórmula es:

$$TP = \frac{\text{Números de casos nuevos + casos antiguos de HTA}}{\text{Suma de todos los periodos libres de la enfermedad durante el periodo definido en el estudio (tiempo-persona)}} \times \text{una constante}$$

B.4.3. Incidencia: es un indicador de la velocidad de ocurrencia de una enfermedad u otro evento de salud en la población y, en consecuencia, es un estimador del riesgo absoluto de padecerla.

La incidencia de una enfermedad puede medirse de dos formas: mediante la tasa de incidencia (basada en el tiempo-persona) y mediante la incidencia acumulada (basada en el número de personas en riesgo). La tasa de incidencia (también denominada densidad de incidencia) expresa la ocurrencia de la enfermedad entre la población en relación con unidades de tiempo-persona, por lo que mide la velocidad de ocurrencia de la enfermedad. La incidencia acumulada, en cambio, expresa únicamente el volumen de casos nuevos ocurridos en una población durante un periodo, y mide la probabilidad de que un individuo desarrolle el evento en estudio. La incidencia acumulada, por esta razón, también es denominada riesgo (OMS, 2011, p. 35).

- **Incidencia acumulada (IA):** Se define como la probabilidad de desarrollar el evento, es decir, la proporción de individuos de una población que, en teoría, desarrollarían una enfermedad si todos sus miembros fuesen susceptibles a ella y ninguno

falleciese a causa de otras enfermedades (OMS, 2011, p. 37).

Cuya fórmula es:

$$\text{TPA} = \frac{\text{Número de casos nuevos + casos antiguos}}{\text{Suma de todos los periodos libres de la enfermedad durante el periodo definido en el estudio (tiempo - persona)}}$$

B.5.Triada epidemiológica: La triada epidemiológica es el modelo tradicional de causalidad de las enfermedades transmisibles; en este, la enfermedad es el resultado de la interacción entre el agente, el huésped susceptible y el ambiente.

B.5.1. Agente: Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad

B.5.2. Huésped: es una persona o animal vivo, incluyendo las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

B.5.3. Ambiente: Engloban al ambiente social, físico y biológico (OMS, 2011, p. 97).

B.6.Definición de casos

B.6.1.Caso nuevo: llamados casos incidentes, de una enfermedad originados de una población en riesgo de padecerla, durante un periodo de tiempo.

B.6.2.Caso antiguo: cosa recurrentes de una determinado enfermedad transmisible o no transmisible, en un determinado lugar.

B.6.3.Caso sospechoso: Compatible con la definición clínica de caso.

B.6.4.Caso probable: Compatible con la definición clínica de caso y epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado o que procede de un área endémica.

B.6.5. Caso confirmado: Compatible con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio (OMS, 2011, p. 41).

C. Teorías y Modelos de Enfermería

Teoría "Método Epidemiológico" de John Snow

El Método Epidemiológico, permite estudiar y demostrar que servía para la investigación y solución de un problema grave que afectaba la salud pública. Método epidemiológico: Es el método capaz de permitir el conocimiento de la realidad objetiva; mediante el poder de observación y su enorme capacidad inductivo – deductivo

Snow utilizó varios procedimientos o técnicas estadístico-epidemiológicas que han llegado a constituir partes fundamentales del método epidemiológico y ellas son:

- a) Identificación de la población expuesta.
- b) Comparación entre tasas esperadas.
- c) Método prospectivo de razonamiento.
- d) Método retrospectivo de razonamiento. John Snow “padre de la epidemiología moderna” creador del método epidemiológico, que lo permitió la investigación y solución del brote de cólera de Broad Street - Londres (Curbelo, 1998).

Teoría del “Autocuidado” de Dorotea Orem

La Teoría de Orem analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su autocuidado, el cual se define como; la práctica de actividades que los individuos inician y realizan por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar. La capacidad de cuidarse así mismo corresponde al autocuidado en tanto el cuidado proporcionado por otros se define como cuidado dependiente.

Según el modelo de Orem, la meta de la enfermería consiste en ayudar a la gente a hacer frente a sus propias demandas tu autocuidado terapéutico. Orem identifica tres tipos de sistema de enfermería que son:

Totalmente compensatorio, donde la enfermera compensa la capacidad total del paciente para auto cuidarse:

- Parcialmente compensatorio donde la enfermera compensa la capacidad parcial del paciente.
- De apoyo educativo, donde la enfermera ayuda al paciente a tomar decisiones y adquirir habilidades y conocimientos.

La teoría de Dorotea Orem, es un modelo que me orienta a mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales, a través de la investigación en el ámbito de salud, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de auto cuidado terapéuticos y estos y para regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial nos ayuda a poder orientar, dirigir, enseñar al personal auxiliar de enfermería a que conozcan las necesidades de la personas y a que ayuden a satisfacer su demanda de auto cuidado terapéutico y el cuidado de enfermería es un proceso que necesita de conocimiento y disciplina para lograr la efectividad del paciente.

Modelo “Promoción de la salud” de Nola J. Pender

Definió el objetivo del cuidado de la enfermería como la salud óptima de un individuo. Desarrolló la idea de que la promoción de una salud óptima es más importante que la prevención de enfermedades. La teoría de Pender identifica los factores cognitivos-perceptivos del individuo, así como la importancia de las conductas que favorecen la salud y los obstáculos a los que estas conductas enfrentan. Estos factores cambian según las características biológicas y demográficas, las influencias interpersonales, y los factores de situación y de conducta que ayudan a predecir la participación en la promoción de la salud (Marriner & Raile, 2007).

Esta teoría aporta a esta investigación ya que la autora menciona sobre la promoción de la salud la cual se basa en la educación para la salud, esta es una herramienta que aporta insumos para el desarrollo de las diferentes líneas de acción de la promoción de la salud; además fomenta en las personas motivación y habilidades necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Además se sabe que la educación para la salud es un método e instrumento de trabajo en la actividad de los educadores y de los profesionales de la salud como también al individuo para que adquiera un conocimiento científico sobre riesgos o factores que pueden afectar la salud

3.3. Definición de términos básicos:

- **Hipertensión:** Término que se utiliza cuando la sangre viaja por las arterias a una presión mayor al diámetro de éstas.
- **Hipertensión Arterial:** Elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales.
- **Hospital:** Establecimiento para la asistencia de enfermos.
- **Prevalencia:** proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

IV. MATERIAL Y METODOS:

4.1. Tipo y diseño de Investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo epidemiológico; de tipo: según la intervención del investigador: observacional, según la planificación de la toma de datos: retrospectivo, según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal y según el análisis estadístico fue univariado. (Supo, 2014, p. 250).



Dónde :

M= Historias Clínicas del consultorio externo del servicio de Medicina

O = Hipertensión Arterial

4.2. Población y Muestra

Universo Muestral

Estuvo constituido por todas las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Medicina en el periodo de enero a septiembre del 2017, con un aproximado de 95 historias clínicas (Fuente: oficina de Estadística del HRVF, 2016).

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de pacientes que han sido atendidos en el servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima.

Criterios de exclusión:

- Cuando los datos de la historia clínica no estén claros, incompletos.

Muestreo: Muestreo por conveniencia

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1. Método

Durante el proceso de investigación, se emplearon los siguientes métodos científicos:

Deductivo: Que permitió explicar desde la realidad concreta hasta la teoría (Supo, 2014, p. 401).

4.3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnica de recolección de datos:

Se utilizó la técnica de documentación (Supo, 2014, p. 450).

El instrumento:

Como instrumento se utilizó una ficha de registro de datos denominado “Registro de casos de HTA”, contando con tres partes que son las siguientes: introducción, instrucciones y datos generales, que ha sido creada por la misma autora y no necesitó ser validado porque solo es un registro de casos (Supo, 2014, p. 487).

Procedimiento

En este trabajo de investigación la técnica para recopilar la información necesaria se realizó a través de los siguientes pasos:

- Solicitar autorización al Director del Hospital Regional Virgen de Fátima.
- Una vez obtenido el permiso, se procederá a fijar fecha, día y hora en que se realizó la revisión de las historias clínicas.
- Se registraron los datos de la historia clínica de acuerdo a la cantidad de pacientes atendidos en el periodo indicado.

- Una vez recogidos los datos se revisaron, se introdujeron a un sistema de cómputo y fueron tabulados a través de la aplicación de métodos estadísticos computarizados en los formatos respectivos.
- Finalmente se hizo un análisis de los resultados encontrados.

4.4. Análisis de datos

- La información final fue procesada en el software SPSS versión 21, se elaboró tablas de contingencia y tablas simples, el análisis final de los resultados se realizó a través de la Tasa de Prevalencia y la estadística de frecuencias simples.
- Se obtuvieron las funciones absolutas y porcentuales analizando los resultados finales.

La presentación se realizó a través de la distribución de frecuencias mostradas en gráficos de barra.

V. RESULTADOS:

Tabla 01: Prevalencia de la Hipertensión Arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.

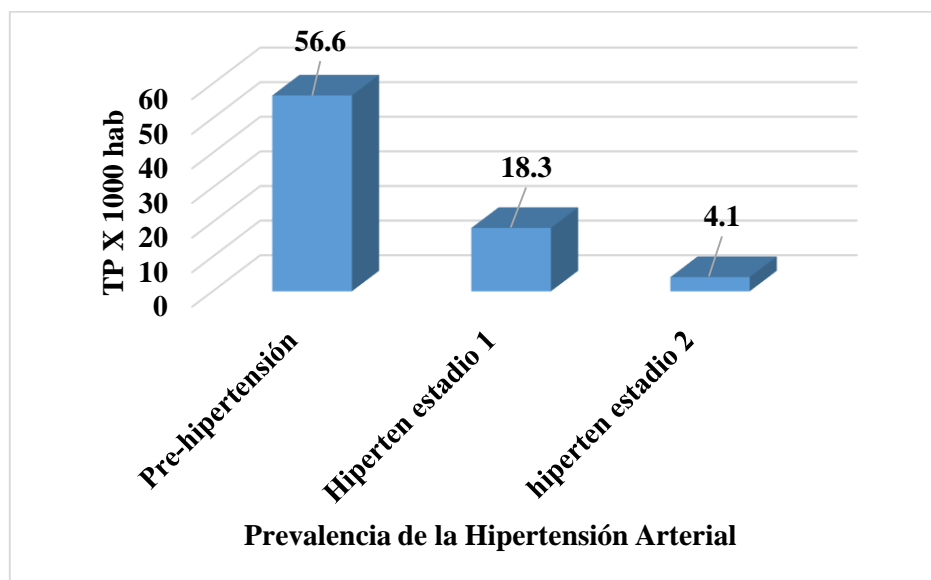
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			TP X 1000 hab
	fi	%	
Pre-hipertensión	68	71.6	56.6
Hipertensión estadio 1	22	23.2	18.3
Hipertensión estadio 2	5	5.3	4.1
TOTAL	95	100	79.1

1200 atd - 2017

Fuente: Registro de datos de HTA aplicado

Nota: Atendidos (adt)

Figura 01: Prevalencia de Hipertensión Arterial en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.



Fuente: tabla 1

En la tabla y figura 01 se observa que del total de 1200 de atendidos en el consultorio externo de Medicina, la **tasa de prevalencia total** de la Hipertensión arterial fue de 79.1 X 1000 atendidos; la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 56.6 X 1000; así mismo la tasa de Prevalencia de Hipertensión estadio 1 fue de 18.3 X 1000 y la tasa de Prevalencia de la Hipertensión estadio 2 fue de 4.1 X 1000 atendidos.

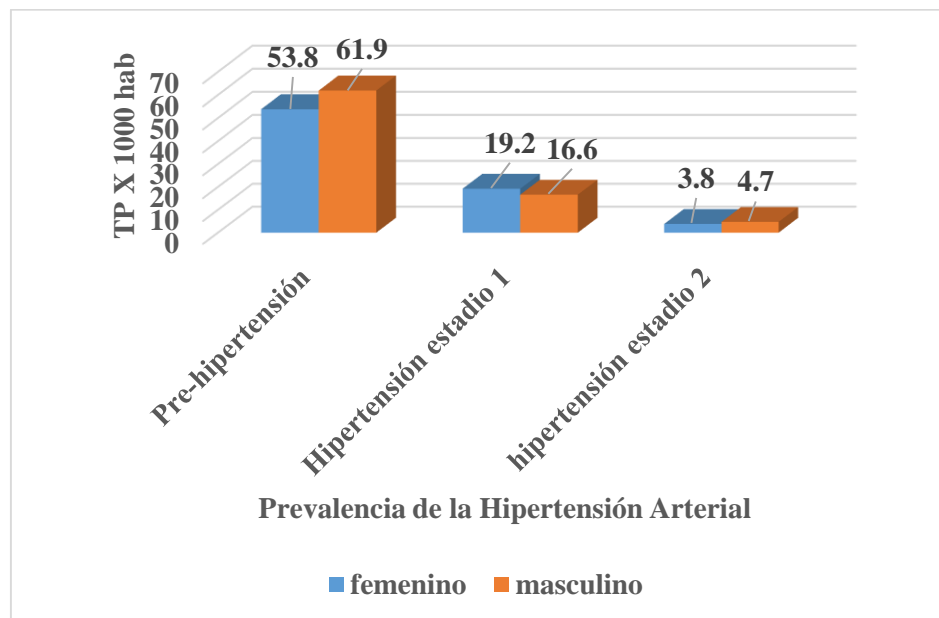
Así mismo del 100% (95) de casos el 71.6% (68) presentaron pre - hipertensión, el 23.2 % (22) hipertensión estadio 1 y solo el 5.3% (5) hipertensión estadio 2.

Tabla 02: Prevalencia de Hipertensión Arterial por sexo en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SEXO				TOTAL		femenino	masculino	TOTAL
	femenino		masculino				TP X 1000 hab	TP X 1000 hab	TP X 1000 hab
	fi	%	fi	%	fi	%			
Pre-hipertensión	42	70	26	74.3	68	71.6	53.8	61.9	56.6
Hipertensión estadio 1	15	25	7	20	22	23.2	19.2	16.6	18.3
Hipertensión estadio 2	3	5	2	5.7	5	5.3	3.8	4.7	4.1
TOTAL	60	100	35	100	95	100	76.9	83.3	79.1
							60 / 780 atd - 2017	35 / 420 atd - 2017	95 / 1200 atd - 2017

Fuente: Registro de datos de HTA aplicado

Figura 02: Prevalencia de Hipertensión Arterial por sexo en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.



Fuente: tabla 02

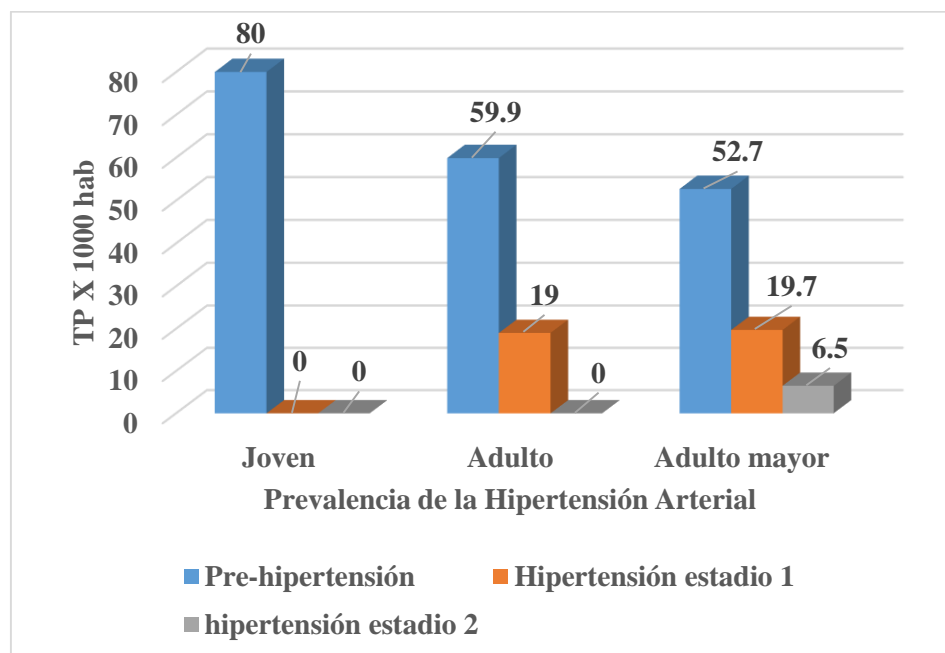
En la tabla y figura 02 se observa que del total de 1200 atendidos en el consultorio externo de Medicina, la **tasa de prevalencia por sexo** de la Hipertensión arterial fue en el sexo femenino de 79.6 X 1000 atendidos, además la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 53.8 X 1000, así mismo la tasa de Prevalencia de Hipertensión estadio 1 fue de 19.2 X 1000 y la tasa de Prevalencia de la Hipertensión estadio 2 fue de 3.8 X 1000 atendidos; en el sexo masculino la tasa de prevalencia fue de 83.3 X 1000 atendidos, además la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 61.9 X 1000, así mismo la tasa de Prevalencia de Hipertensión estadio 1 fue de 16.6 X 1000 y la tasa de Prevalencia de la Hipertensión estadio 2 fue de 4.7 X 1000 atendidos.

Tabla 03: Prevalencia de Hipertensión Arterial por ciclo de vida en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CICLO DE VIDA						joven	adulto	adulto mayor
	joven		adulto		mayor				
	fi	%	fi	%	fi	%	TP X	TP X	TP X
							1000	1000	1000
							hab	hab	hab
Pre-hipertensión	6	100	22	75.9	40	66.7	80	59.9	52.7
Hipertensión estadio 1	0	0	7	24.1	15	25	0	19	19.7
Hipertensión estadio 2	0	0	0	0	5	8.3	0	0	6.5
TOTAL	6	100	29	100	60	100	80	79	79.1
							6 / 75	29 / 367	60 /
							atd -	atd -	758 atd
							2017	2017	- 2017

Fuente: Registro de datos de HTA aplicado

Figura 03: Prevalencia de Hipertensión Arterial por ciclo de vida en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.



Fuente: tabla 03

En la tabla y figura 03 se observa que del total de 1200 atendidos en el consultorio externo de Medicina, la **tasa de prevalencia por ciclo de vida** de la Hipertensión arterial fue en los pacientes jóvenes de 80 X 1000 atendidos todos en la etapa de la pre – hipertensión; en pacientes adultos la tasa de prevalencia fue de 79 X 1000 atendidos, además la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 59.9 X 1000 y la tasa de prevalencia de Hipertensión estadio 1 fue de 19 X 1000 atendidos y en los pacientes adultos mayores la tasa de prevalencia fue de 79.1 X 1000 atendidos, además la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 52.7 X 1000, así mismo la tasa de Prevalencia de Hipertensión estadio 1 fue de 19.7 X 1000 y la tasa de Prevalencia de la Hipertensión estadio 2 fue de 6.5 X 1000 atendidos.

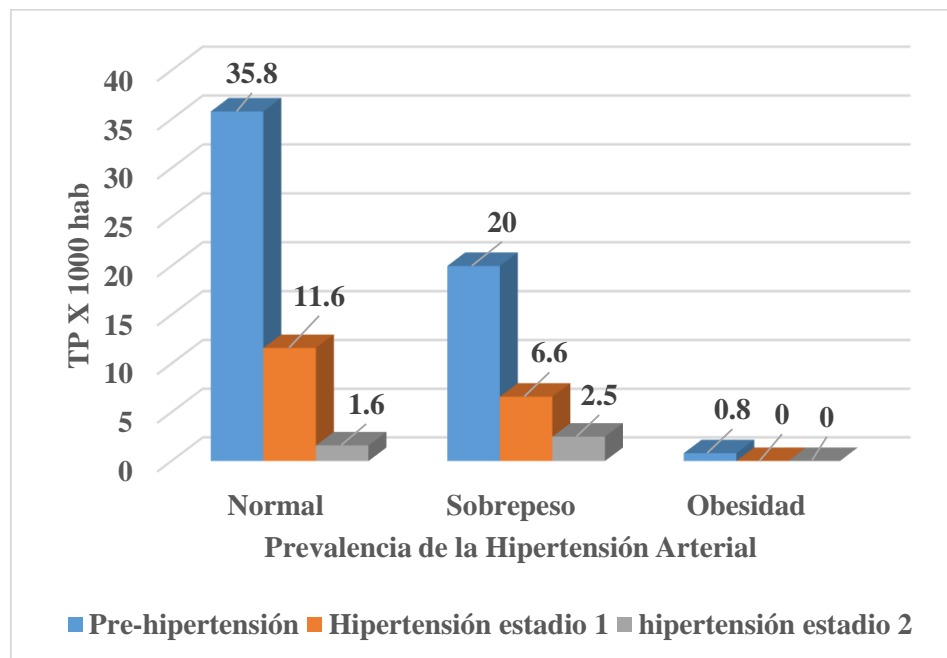
Tabla 04: Prevalencia de Hipertensión Arterial según índice de masa corporal en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Índice de masa corporal						normal	sobrepeso	obesidad
	normal		sobrepeso		obesidad		TP X	TP X 1000	TP X
	fi	%	fi	%	fi	%	1000 hab	hab	1000 hab
Pre-hipertensión	43	72.9	24	68.6	1	100	35.8	20	0.8
Hipertensión estadio 1	14	23.7	8	22.9	0	0	11.6	6.6	0
Hipertensión estadio 2	2	3.4	3	8.6	0	0	1.6	2.5	0
TOTAL	59	100	35	100	1	100	49.1	29.1	0.8

59 / 1200 atd - 2017	35 / 1200 atd - 2017	1 / 1200 atd - 2017
---	---------------------------------	------------------------------------

Fuente: Registro de datos de HTA aplicado

Figura 04: Prevalencia de Hipertensión Arterial según índice de masa corporal en pacientes que acudieron a consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas 2017.



Fuente: tabla 04

En la tabla y figura 04 se observa que del total de 1200 atendidos en el consultorio externo de Medicina, la **tasa de prevalencia de acuerdo al índice de masa corporal** de la Hipertensión arterial en los pacientes que presentaron un índice de masa corporal normal la tasa de prevalencia fue de 49.1 X 1000 atendidos, la tasa de prevalencia de la pre – hipertensión fue de 35.8 X 1000 atendidos, la tasa de prevalencia de la hipertensión estadio 1 fue de 11.6 X 1000 y la tasa de prevalencia de hipertensión estadio 2 fue de 1.6 X 1000 atendidos; en pacientes que presentaron sobrepeso la tasa de prevalencia fue de 29.1 X 1000 atendidos, además la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 20 X 1000, la tasa de Prevalencia de Hipertensión estadio 1 fue de 6.6 X 1000 y la tasa de prevalencia en hipertensión estadio 2 fue de 2.5 X 1000 atendidos y en los pacientes con obesidad la tasa de prevalencia fue de 0.8 X 1000 atendidos todos en la etapa de la pre – hipertensión.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y figura 01, la tasa de prevalencia total de la Hipertensión arterial fue de 79.1 X 1000 atendidos; la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 56.6 X 1000; así mismo la tasa de Prevalencia de Hipertensión estadio 1 fue de 18.3 X 1000 y la tasa de Prevalencia de la Hipertensión estadio 2 fue de 4.1 X 1000 atendido, estos resultados indican una baja prevalencia de casos de hipertensión arterial en función al número de atendidos y el comportamiento general de casos a nivel regional y a nivel local. Se debe tener en cuenta que la hipertensión arterial es un aumento de la presión en el interior de las arterias, entre más alta está la presión, más esfuerzo debe hacer el corazón para poner a circular la sangre en el cuerpo.

Contrastando con los estudios de Suárez, M. (2012). Sus resultados evidencian que el número de pacientes aumenta en el transcurso de los meses llegando a 120 en el mes de Diciembre.

Mientras que en estudio de Soto, V., Vergara, E. y Neciosup E. (2005) Chiclayo. Sus resultados evidencian que la prevalencia de Hipertensión Arterial en Lambayeque es de 11.7%.

Así mismo en el estudio que realizó Castillo, E. (2012) Chachapoyas. En su estudio titulado “Prevalencia de hipertensión arterial en los trabajadores de la sede central del Gobierno Regional de Amazonas, Chachapoyas 2012”. Sus resultados evidencian que la tasa prevalencia puntual indica que por cada 1000 habitantes existen 90 personas con hipertensión arterial.

Comparando los resultados del presente estudio con los de Suárez, M. (2012), Soto, V., Vergara, E. y Neciosup E. (2005), Castillo, E. (2012), estos coinciden ya que la tasa de prevalencia es muy baja en todos los estudios no sobrepasan de los rangos establecidos.

En la tabla y figura 02, la tasa de prevalencia por sexo de la Hipertensión arterial fue en el sexo femenino de 79.6 X 1000 atendidos, además la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 53.8 X 1000; en el sexo masculino la tasa de

prevalencia fue de 83.3 X 1000 atendidos, además la tasa de prevalencia de la Pre-hipertensión fue de 61.9 X 1000; comparando con los estudios realizados de Suárez, M. (2012) Ecuador donde sus resultados evidencian que en el sexo femenino hubo la cifra más alta de prevalencia de la hipertensión arterial con un 65%, esto nos quiere decir que no existe similitud ya que en el presente estudio la tasa de prevalencia es mayor en el sexo masculino que en el femenino. Con el estudio que realizó Sánchez, M. (2009) donde sus resultados afirman que en el sexo femenino presenta un 4.57% y el sexo masculino presenta un 6.58%, con este autor si existe similitud ya que ambos estudios demuestran que la mayor tasa prevalencia se encuentra en el sexo masculino.

Según Álvarez, et al., 2005 nos dice que existen factores etológicos de la HTA como la edad y el sexo, la obesidad y la resistencia insulínica, la ingesta elevada de alcohol, factores nutricionales como el consumo elevado de sal y bajo potasio y calcio, el estrés y el sedentarismo que aumentan el riesgo de desarrollar dicha enfermedad. En conclusión el sexo es un factor condicionante que no se puede modificar para desarrollar HTA ya que el presente estudio y de Sánchez lo demuestran.

En la tabla y figura 03, la tasa de prevalencia por ciclo de vida de la Hipertensión arterial fue en los pacientes jóvenes de 80 X 1000 atendidos; en pacientes adultos la tasa de prevalencia fue de 79 X 1000 atendidos y en los pacientes adultos mayores la tasa de prevalencia fue de 79.1 X 1000 atendidos. **En la tabla y figura 04**, la tasa de prevalencia de acuerdo al índice de masa corporal de la Hipertensión arterial en los pacientes que presentaron un índice de masa corporal normal la tasa de prevalencia fue de 49.1 X 1000 atendidos, en pacientes que presentaron sobrepeso la tasa de prevalencia fue de 29.1 X 1000 atendidos y en los pacientes con obesidad la tasa de prevalencia fue de 0.8 X 1000 atendidos.

Comparando con los antecedentes de estudios realizados por Suárez, M. (2012) donde sus resultados indican según la edad las personas de mayor edad son las que mayormente tienen hipertensión arterial siendo de 40-50 años 17%, de 51-60 años 35% y de 60 años a más 51%, el presente estudio demuestra que no existe similitud ya que en el estudio de Suarez indicó que mientras más avanza la edad

mayor es el porcentaje de afectados. Según González, 2011 nos dice que la frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. La prevalencia de hipertensión arterial va aumentando a mayor edad y existe factores de riesgo como la obesidad entre otras que conllevan a desarrollarla.

VII. CONCLUSIONES

- 1.** La prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima fue un total de 79.1 X 1000 atendidos.
- 2.** La tasa de mayor prevalencia de la hipertensión arterial está en la etapa de la pre – hipertensión con 56.6 X 1000 atendidos.
- 3.** En la tasa de prevalencia de hipertensión arterial por sexo; el sexo masculino tuvo la mayor tasa prevalencia con 83.3 X 1000 atendidos.
- 4.** La etapa de la pre – hipertensión obtuvo la más alta tasa de prevalencia de hipertensión arterial con 172.3 X 1000 atendidos en ambos sexos.
- 5.** En la tasa de prevalencia de hipertensión arterial por ciclo de vida; los pacientes jóvenes son los que tienen una mayor prevalencia con 80 X 1000 atendidos.
- 6.** La etapa de la pre – hipertensión obtuvo la más alta tasa de prevalencia de hipertensión arterial con 192.6 X 1000 atendidos de los tres ciclos de vida considerados.
- 7.** En la tasa de prevalencia de hipertensión arterial según el índice de masa corporal; los pacientes con un índice de masa corporal normal presentaron la tasa de prevalencia más alta con 49.1 X 1000 atendidos.
- 8.** La etapa de la pre – hipertensión obtuvo la más alta tasa de prevalencia de hipertensión arterial con 56.6 X 1000 atendidos según el índice de masa corporal.

VIII. RECOMENDACIONES

- A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, que incentiven a los estudiantes en realizar actividades de promoción de la salud acerca de esta enfermedad crónica (hipertensión arterial) que está muy presente en los adultos mayores.
- A los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería continuar con las investigaciones relacionados con el tema.
- A la población en general tomar conciencia ya que esta enfermedad es silenciosa pero si llevamos una vida saludable y practicamos estilos de vida salubre podemos evitarlo.
- Al personal de salud promover la elaboración, implementación y elaboración de programas de salud asistencial a domicilio para promocionar la atención y la salud a pacientes que padecen HTA.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguas, N. (2012). *Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad la Loma, Cantón Mira, del Carchi 2011*. Tesis para lograr el grado de bachiller en Nutrición y Salud Comunitaria.
- Álvarez J., et al (2005). *Vivir más y mejor, chequeos preventivos*. Editorial Industrias gráficas Marmol S.A. España.
- Amado, A. (2006). *Guía de cuidado de personas mayores*. Editorial Síntesis S.A. España.
- Arocha, L. & Durand, M. (2004). *Actividad física y los cambios metabólicos*. Disponible en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>.
- Bertolasi, C. (2004). *Principios de cardiología*. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>.
- Castillo, E. (2012). *Prevalencia de hipertensión arterial en los trabajadores de la sede central del Gobierno Regional de Amazonas, Chachapoyas*. Tesis para lograr el grado de bachiller en Enfermería.
- Chan, F. (2013). *Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial*. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>.
- Chorro, F., García, A. López, V. (2007). *Cardiología clínica*. Editorial Guada Impresores. España.
- De Negri, L. (2012). *Factores de riesgo de la Hipertensión Arterial*. Disponible en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>.
- Gonzales, B. (2011). *Hipertensión arterial*. Disponible en cardiologiadepanama.org/Etiquetas/hipertensi3n%20arterial.
- Huamán, D. & Vigo, A. (2008). *Relaci3n entre estilos de vida e hipertensi3n arterial del adulto y adulto mayor, Hospital I Base Higos Urco ESSALUD*. Tesis para lograr el grado de bachiller en Enfermería.

- Martínez, L. (2014). *Prevalencia de diabetes e hipertensión en pacientes con psoriasis del Hospital General Regional de Orizaba número 1*. Tesis para lograr el grado de Maestría.
- MINSA, (2013). *Preguntas y respuestas sobre Hipertensión*. Disponible en http://www.dge.gob.pe/HTA-minsa-php_
- MINSA, (2011). *Clasificación de la Hipertensión Arterial*. Disponible en http://www.gob.pe/clsificacion HTA/minsa-pdf_
- Molina, R. (2006). *Manual de Hipertensión Arterial en la práctica clínica de atención primaria*. Disponible en www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf_
- OMS. (2013). *Hipertensión Arterial*. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37027/1/WHO_TRS_628_spa.pdf_
- OMS. (2014). *Epidemiología*. Disponible en <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>.
- Rada, G. (2007). *Epidemiología*. Disponible en http://www.who.int/topics/epidemiology/es/_
- Ramos, E. (2002). *Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas*. Editorial Difusión Avances de Enfermería. España.
- Raymond, G., et al (2005). *Epidemiología Médica*. Editorial El manual moderno S.A. Hipódromo. México.
- Regulo, T. (2006). *Hipertensión Arterial*. Disponible en http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf_
- Sánchez, et al, (2010). *Hipertensión Arterial en el mundo*. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO DCO WHD 2013.2 spa.pdf_

- Sánchez, M. (2009). *Prevalencia de la hipertensión arterial y obesidad en escolares de 6 – 17 años en la ciudad de Barranquilla 2008-2009*. Tesis para lograr el grado de Maestría.
- Soto, V., Vergara, E. y Neciosup, E. (2005). *Prevalencia y factores de riesgo de síndrome metabólico en población adulta del departamento de Lambayeque 2004*. Tesis para lograr el grado de Maestría.
- Stoll A. I. (sf). *Guía de diagnóstico y tratamiento de Hipertensión Arterial*. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>.
- Suárez, M. (2012). *Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años, en el Subcentro de Salud Reyna del Quinche periodo de enero a diciembre del 2008*. Tesis para lograr el grado de Maestría.
- Supo, J. (2011). *Seminarios de investigación-metodología de la investigación para la ciencia de la salud*. 30va edición.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	MARCO METODOLOGICO	ESCALA
<p>¿Cuál es la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de medicina, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017?</p>	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimar la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de Medicina, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017. <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los casos de la hipertensión arterial en pacientes que acudieron al consultorio externo de medicina, en el periodo Enero a Setiembre del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017. ▪ Caracterizar la población objeto de estudio. 	<p>V1 = Prevalencia de la Hipertensión arterial</p>	<p>- Enfoque: cuantitativo - Nivel: Descriptivo - epidemiológico - Tipo: observacional, retrospectivo, transversal, univariado. - Diseño: Descriptivo epidemiológico de prevalencia - Método: Deductivo - Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos Técnica: Documentación Instrumento: Ficha de registros de casos de HTA</p> <p>- Análisis de datos: Software SPSS, estadística de frecuencias medida epidemiológica de Tasa de Prevalencia</p> <p>- Presentación de datos: Tablas simples. Gráfico de barras.</p>	<p>Para medir la variable se utilizará la Escala de Razón</p> <p>Para medir los ítems se utilizará la escala dicotómica Si = 1 No = 0</p>



Anexo N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Ficha de registro de datos de la Hipertensión Arterial

I. Introducción

El presente instrumento tiene por objetivo recolectar información sobre la Prevalencia de la Hipertensión Arterial en pacientes del consultorio de medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2017 durante el periodo de Enero a Setiembre, cuyos datos serán sacados de las historias clínicas, así mismo la investigación requiere recolectar información veraz, valida y confiable para lograr los objetivos del estudio.

II. Instrucciones: Llenar los datos de acuerdo a lo solicitados, por lo que deberá marcar con (X) donde corresponde.

III. Datos Generales

- Ciclo de vida: Adolescente (), Joven (), Adulto (), Adulto mayor ()
- Sexo: Femenino (), Masculino ()
- Procedencia: Chachapoyas (), Luya (), Rodríguez de Mendoza (), Bagua (), Bongará (), Condorcanqui (), Utcubamba ()
- Peso: Talla: IMC:
- Comorbilidad: Diabetes mellitus (), obesidad (), sobrepeso (), otros ()
- Caso nuevo: ()
- Caso antiguo: ()

Marcar con un aspa (X) la enfermedad hipertensiva que se encuentra registrado en la historia clínica.

ENFERMEDAD HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO
P/A = 130-139 mmHg a 85-90 mmHg		
P/A = 140-159 mmHg a 90-99 mmHg		
P/A = 160-179 mmHg a 100-109 mmHg		
P/A = 180 mmHg a 110 mmHg		
P/A = 140 mmHg a <90 mmHg		

Responsable:.....

Observaciones:.....

.....

ANEXO N° 03

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍA	MEDIDA ESTADÍSTICA	ESCALA DE MEDICIÓN
Prevalencia de la Hipertensión Arterial	Es el número de casos nuevos más casos antiguos de la hipertensión Arterial en un determinado tiempo en relación a una población, que mide la velocidad de ocurrencia de la enfermedad.	Casos nuevos más casos antiguos de la Hipertensión Arterial, será medida mediante la ficha de registro de datos.	Basal= 120/80 mmHg	Pre-hipertensión:	TP= $\frac{\text{CN} + \text{CA de pre-hipertensión}}{\text{Pob. total de Atd Serv. Medicina}} \times 1000$	Para medir la variable se utilizará la Escala de Razón Para medir los ítems se utilizará la escala dicotómica Si = 1 No = 0
			130-139 mmHg a 80-89 mmHg			
			140-159 mmHg a 90-99 mmHg	Hipertensión estadio 1	TP= $\frac{\text{CN+CA de HTA estadio 1}}{\text{Pob. total de Atd Serv. Medicina}} \times 1000$	
			> o =160-179 mmHg a > o =100-109 mmHg	Hipertensión estadio 2	TP= $\frac{\text{CN+CA de HTA estadio 2}}{\text{Pob. total de Atd Serv. Medicina}} \times 1000$	

MINSA, 2011

