



FACULTAD DE CIENCIAS  
EXACTAS Y NATURALES

**Universidad Nacional de La Pampa**

**“CONTROL Y CUIDADO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL EN EL CENTRO DE SALUD DEL BARRIO  
MATADEROS, DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA-LA PAMPA”**

AMICONE, Sergio Oscar

**TESINA PRESENTADA PARA OBTENER  
EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**SANTA ROSA (LA PAMPA) ARGENTINA**

**AÑO 2020**

## **Prefacio**

Esta tesis es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciado en Enfermería, de la Universidad Nacional de La Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad ni en otra Institución Académica. Se llevó a cabo en el Centro de Salud del Barrio Mataderos de la ciudad de Santa Rosa provincia de La Pampa, dependiente del departamento de Área Programática del Ministerio de Salud de la Provincia de La Pampa, durante el período comprendido entre el septiembre del 2019 y marzo del 2020, bajo la dirección de la Doctora Daniela Noemi Bassa y la codirección de la Lic. María Angélica Lucero.

.....  
Sergio Oscar Amicone

Facultad de Ciencias Exactas y Naturales

Universidad Nacional de La Pampa

(Fecha)

## Agradecimientos

Gracias a Daniela Bassa, directora de la tesina, a María Angélica Lucero codirectora, por su permanente aporte y apoyo académico.

Gracias:

A la vida por este nuevo triunfo, y a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

A mis padres por su incondicional apoyo, a mis hermanos por su sana insistencia, a mi amado hijo por su paciencia y noble rebeldía.

A Claudia mi compañera de vida por sostenerme en momentos de flaqueza y adversidad, A Liliana por su sano cariño, conocimiento y siempre acertadas palabras que me redireccionaron en momentos de fastidio y cansancio.

A todos mis compañeros de trabajo, colegas, docentes y amigos, muchísimas gracias.

.....

Sergio O. Amicone

(Fecha)

## **Resumen**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Hipertensión Arterial como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por la elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es un trastorno caracterizado por la presencia de niveles de la PA por encima de los requerimientos metabólicos orgánicos.

El objetivo de esta investigación, realizada desde septiembre de 2019 a marzo 2020, es conocer la conducta de autocuidado de la salud de pacientes, entre 40 y 80 años, con HTA que acuden al Centro de Salud del Barrio Mataderos de la ciudad de Santa Rosa, provincia de La Pampa. Se obtuvo una muestra no probabilística intencional, de la población de pacientes con diagnóstico de HTA: 50 personas de ambos sexos, 64% mujeres y 36% varones. Se recopilaron datos con revisión de documentos del Centro de Salud y entrevistas realizadas a profesionales del mismo para conocer la percepción sobre la población estudiada.

Los resultados muestran valores de TA superiores a los parámetros normales. Un elevado porcentaje (64%) de pacientes presenta comorbilidad como Diabetes. El 56% realiza al menos 2 consultas médicas anuales; el 62% de los pacientes recibe tratamiento farmacológico de monoterapia. Respecto a hábitos saludables puede decirse que el 54% de los entrevistados no realiza actividad física, el 44% consume sal y el 60% consume menos de un litro de agua diariamente. Además, el 12% de los pacientes posee un empleo formal y el 90% de la muestra recibe planes sociales.

Palabras Claves: Hipertensión Arterial - Autocuidado - Fármacos

## Abstract

The WHO ( World Health Organization) defines the hypertension as the chronic raise of the blood pressure inside the wall arteries, either due to the raising from the systolic pressure, from the diastolic pressure or both of them. It is a disorder whose main characteristic is the presence of high levels of BP (blood pressure) above of the organic metabolic requirements.

The goal in this study, made from September 2019 to March 2020, is knowing the self care behavior of patients, between 40 and 80 years old, with HBP (high blood pressure), going to Mataderos Neighborhood Health Center, in Santa Rosa City, province of La Pampa.

The results were a non international probability from the patient population, diagnosed with HBP, 50 people 64% women, 36% men. The collected data with documents, the neighborhood health center along with the interviewed professionals from the mentioned health center, to have an idea about the studied population.

The result show BP values higher to the normal parameters. A high percentage of patients (64%) suffer comorbidities as diabetes, the 56% have at least two doctor consultations per year, 62% of patients have monotherapy drug treatment, in regards to healthy habits, we can say that 54% of the interviewed do not practice any physical activity, the 44% eat more salt than normal and the 60% drink less than a liter of water every day. In addition to that, 12% of the patients have a formal job and about 90% of the sample receives help from the government.

Keywords: Arterial Hypertension - Self-care - Drugs

## Índice

<b>Prefacio</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>3</b>
<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>Keywords: Arterial Hypertension - Self-care - Drugs</b>	<b>5</b>
<b>Índice</b>	<b>6</b>
<b>Desarrollo</b>	<b>1</b>
1- Introducción	1
2.1 - Objetivo general	7
2.2 Objetivos específicos	7
3- Aproximaciones teóricas	8
3.1. Necesidad de una reformulación	8
3.2. Fisiología cardiovascular	10
3.2.2. Manejo renal del sodio	12
3.3. Terapéutica Farmacológica	13
<b>Materiales y métodos</b>	<b>15</b>
Aspectos metodológicos de la investigación	15
Características del sitio donde se realizó el estudio	16
<b>Resultados y Discusión</b>	<b>19</b>
Resultados de la entrevista realizada a la muestra de pacientes hipertensos	19
Resultados de la entrevista al Director del Centro de Salud	27
Resultados de la entrevista a la médica generalista	27
Resultados de la entrevista a la Jefa de enfermería	28
<b>Conclusiones</b>	<b>38</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>
Anexo I	45
Encuesta para paciente	45
Anexo II	46

Encuesta para el director (psicólogo del centro de salud)	46
Anexo III	47
Encuesta para médica de la Institución	47
Anexo IV	49
Encuesta para Jefa de Enfermería	49

## Desarrollo

### **1- Introducción**

El principal objetivo de este trabajo de tesina es reconocer las conductas de autocuidado en un grupo etéreo determinado y las consecuencias de la falta de las mismas para su salud física y psicológica, en pacientes del Centro de Salud del barrio Mataderos, de la ciudad de Santa Rosa provincia de La Pampa.

La Ley Nacional 25501 promulgada en noviembre del año 2001 establece la prioridad sanitaria del control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en todo el territorio nacional estableciendo como órgano de aplicación al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y de las provincias. En el ámbito provincial, la Ley 2761 de abril del 2014, con fecha de publicación en Boletín Oficial provincial del 25 de julio del mismo año, adhiere a la ley nacional mencionada cuya autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud de la provincia, quien deberá coordinar con el Ministerio de Cultura y Educación las acciones referidas a programas de educación sobre la temática en escuelas, y con la Secretaría de Comunicación en todo lo concerniente a campañas de información. En la actualidad la población mundial padece diferentes enfermedades evitables pero que al no manifestarse sintomáticamente (se las conoce como enfermedades silentes) se debe a que tanto la población como los sistemas de salud no adoptan programas ni medidas preventivas adecuadas.

La HTA es considerada como crónica de progresión lenta de multicausalidad, pudiendo generar fallas multisistémicas de no tener un abordaje adecuado. Se presentan diferentes estudios en esta tesis que acreditan este enunciado.

La HTA constituye uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea a nivel mundial y el control de la misma es la piedra angular sobre la que debiéramos enfatizar nuestro trabajo comunitario para disminuir en forma significativa la morbimortalidad por coronariopatía y otras enfermedades que derivan de la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expresado su interés en esta enfermedad sentando las bases por encima de valores determinados como normales es uno de los problemas de salud más frecuentes observados en la población mundial

constituyéndose un desafío cotidiano.

En la Argentina, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) son responsables de más del 70% de las muertes. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustadas por edad y por género en 2010 fue de 204 cada 100.000 habitantes. Según los datos reportados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) para el año 2011 la principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares seguidas por los tumores (Proyecto REDES, 2015).

Estudios epidemiológicos concluyen que varios factores de riesgo guardan relación con la hipertensión arterial, dentro de estos se citan edad, sexo, color de la piel, herencia familiar, alimentación, hiperlipidemia, enfermedades cerebrovasculares y diabetes (DBT). Dentro de los factores socioculturales y ambientales citamos la alimentación relacionada con el peso y la ingesta de alcohol y sodio, ambientales precursoras del estrés como el ruido ambiental, la superpoblación, parque automotor excesivo, características de personalidad ansiosa e hiperactiva.

Se define como Hipertensión Arterial a la condición en que la misma está elevada crónicamente por sobre los niveles estándares, siendo producto del gasto cardíaco (GC), multiplicado por la resistencia periférica (RP) (Brunner y Suddarth, 10ª Edición, 2009). De manera breve es necesario aclarar que el GC en sí mismo es producto de la frecuencia cardíaca (FR) multiplicada por el volumen sistólico (VS). En la circulación normal, la presión la ejerce el flujo sanguíneo a través del corazón y de los vasos sanguíneos. Por esto, la presión arterial alta, puede resultar de un cambio en el GC, en la RP, o en ambos.

Dada la prevalencia e incidencia en la población a estudiar, los trabajadores de la salud del Centro de Salud del Barrio Mataderos de la ciudad de Santa Rosa, provincia de La Pampa, en todas sus disciplinas, deben ensamblar y complementar el trabajo comunitario y asistencial para acceder a un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño, haciendo transversal el abordaje, ya que el Centro de Salud de la citada población es de jerarquía vertical. EL término vertical responde a una organización piramidal porque que dicho Centro tiene un director general profesional y luego cada disciplina posee un coordinador o jefe, por ejemplo el jefe/a médico/a y el/la jefe/a de enfermería. Enfermería es el recurso humano en salud que brinda atención permanente, continua, integral en los tres

niveles de atención, siendo el primero de ellos donde se enmarca el presente trabajo y se sustenta el planteo del problema.

En mi observación como enfermero del Centro de Salud en el período de tiempo en el que realicé mis funciones, pude estimar que muchos de los pacientes que concurren a controlarse a enfermería la TA lo hacían por prescripción médica o por inquietud personal, pero no por conciencia de autocuidado. El conocimiento de la población del área de cobertura me permite también orientar esta investigación no sólo a los aspectos biológicos que enmarcan la HTA.

En cuanto a antecedentes para esta tesina, se presentan aquí una serie de trabajos científicos que abordan con enfoque multicausal la HTA contribuyendo a la información, orientación y enfoque que plantea esta tesis.

Entre ellos podemos citar un informe realizado en base a las estadísticas vitales de la Dirección, de Estadísticas e Información en Salud de nuestro país, el cual plantea que durante el año 2016 la tasa de muerte prematura por enfermedad cardiovascular, ajustada por sexo y edad, fue de 137 por 100.000 habitantes. La proyección para el presente año 2020 un total de hipertensos en nuestro país de 16.000.000 de personas, de los cuales el 80% son menores de 65 años constituyendo un número por demás importante de personas en edad activa.

Otra publicación descriptiva es la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial del año 2019, la cual más allá de los datos numéricos, evidencia una desigualdad en los valores de control de PA según el nivel de ingresos del hogar y el grupo social al que pertenece el paciente.

Además, la guía expone que el diagnóstico de la HTA puede hacerse de manera sencilla y la evidencia es contundente en cuanto a los beneficios del tratamiento farmacológico reduciendo de manera llamativa algunos indicadores de enfermedades cardíacas y accidente cerebro vascular, estimando que la mayoría de las personas con HTA necesitarán terapia combinada con 2 o más fármacos para controlar sus cifras de TA.

Diferentes estudios realizados en Argentina por investigadores independientes, sociedades científicas y el propio Estado dan cuenta de una realidad alarmante: del total de personas con

HTA, un tercio desconoce su condición; de los que sí están diagnosticados, un tercio no recibe tratamiento farmacológico; y de los que se encuentran bajo tratamiento farmacológico solo la mitad logra controlar sus cifras de presión arterial.

Por esto me parece fundamental evidenciar que estos factores constituyen un desafío para el equipo de salud del primer nivel de atención porque los centros de salud deben conocer a la población a su cargo y además tienen que tener los recursos necesarios para atender esos factores que predisponen a la HTA, y así como garantizamos la medicación tenemos que asegurar la accesibilidad a la psicoterapia si la población lo requiere.

Otra publicación analítica es el Registro Nacional de Hipertensión Arterial del año 2016, el cual plantea que la HTA es el principal factor de riesgo para enfermedad y muerte cardiovascular en Argentina, y va en aumento su prevalencia. Este trabajo evalúa prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la HTA en nuestro país, teniendo como población estudio a 18 ciudades de la República Argentina en el periodo de seis meses durante el año 2016, concluyendo que el tratamiento farmacológico antihipertensivo reduce el número de eventos y muertes cardiovasculares. Además, la HTA ascendió en los últimos veinticinco años desde el cuarto al primer lugar en la clasificación global como causa de enfermedad y muerte; concluyendo la evidencia que favorece el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir el riesgo de eventos y muerte cardiovascular (Características Epidemiológicas de la Hipertensión Arterial. Estudio Renata 2, 2016). Un estudio analítico de corte transversal que incluyó a todos los trabajadores y personal de televisión afiliados a OSPTV (Obra Social del Personal de Televisión) de la ciudad de Córdoba, durante los días 26 y 27 de noviembre del año 2008, plantea que las enfermedades crónicas son las principales causas de morbimortalidad en el mundo, en especial las cardiovasculares. La detección de factores de riesgo permite predecir el riesgo

de presentar una enfermedad, diagnosticar precozmente una enfermedad en un grupo poblacional expuesto y prevenir la aparición de una patología relacionada con esos factores.

Lo importante del aporte de este trabajo para mi investigación radica que en un grupo reducido de una muestra total de 179 trabajadores (117 hombres y 63 mujeres), se logra evidenciar con claridad que los hombres fueron los que presentaron mayores cifras de presión sistólica

que las mujeres, aunque la presión diastólica fue similar en ambos sexos. Asimismo, la prevalencia media de fumadores fue del 35% de la muestra. A su vez, el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo que prevalecieron más en los hombres siendo las cifras de TA significativamente superiores en los pacientes de ambos sexos que presentaron obesidad frente a los que presentaron peso normal (Joaquín Randon Salgado y otros, 2008).

Un estudio descriptivo-comparativo, de corte transversal, en el cual participaron 200 pacientes hipertensos adultos de nivel socioeconómico medio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, plantea el abordaje de las estrategias de afrontamiento del estilo de vida relacionado con la salud, según el tipo de creencias que presentan dichos pacientes en relación a las causas de la enfermedad. Las creencias en tanto elemento cognitivo de las actitudes son aquellas que determinan en el individuo la predisposición a actuar de determinada manera. En el campo de la salud, una de las articulaciones de dicha interrelación se ve reflejada en el hecho de que las mismas tienen efectos sobre los diversos comportamientos asociados al proceso de salud-enfermedad, tales como las conductas preventivas, la adherencia terapéutica, la interpretación de los síntomas y la búsqueda de ayuda médica, entre otros.

La HTA es una de las enfermedades sobre las cuales se han estudiado los significados, representaciones y creencias que elaboran los pacientes sobre la misma, así como las estrategias de afrontamiento ante ella y la adherencia terapéutica (Alvarez, Rueda, González & Acevedo. 2010). Resulta muy interesante el planteo sobre las diferencias individuales y sus creencias. Las diferencias determinadas por diferentes factores serían características biológicas, identidad de género, condiciones de vida, acceso a las prestaciones en salud, nivel de educación formal y no formal, otros (Deborah Ofman y otros, 2016).

La Guía de Abordaje de la Hipertensión Arterial confeccionada en septiembre del año 2019 por el Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud de nuestra Provincia, persigue facilitar el abordaje y tratamiento de la persona hipertensa. La premisa es que uno de cada tres hipertensos desconoce su diagnóstico, y uno de cada cuatro hipertensos está bien controlado. La presente guía está basada y alineada metodológica y científicamente con la Guía de Práctica Clínica Nacional del año 2019 descrita más arriba que con lenguaje comprensivo especifica roles para médicos, enfermeros y demás actores de los equipos de

salud. La misma está dividida en 4 capítulos, roles del Equipo del Primer Nivel de Atención (PNA); Abordaje Inicial de la persona con HTA; Tratamiento farmacológico (sugerencias para el inicio); Tratamiento no farmacológico (recomendaciones para el tratamiento); presentaciones del Vademecum provincial con medicación a utilizar en distintos estadios de la enfermedad, y un protocolo sencillo de seguir para realizar teleconsulta con cardiología.

## **2- Objetivos**

### 2.1 - Objetivo general

Conocer la conducta de autocuidado de la salud en los pacientes con HTA que acuden al Centro Sanitario del Barrio Mataderos de la ciudad de Santa Rosa.

### 2.2 Objetivos específicos

- Conocer las cifras de TA de los pacientes hipertensos medidas en el estudio.
- Indagar sobre las acciones de los pacientes hipertensos en relación a su salud.
- Planificar instancias de difusión y enseñanza de conductas saludables en pacientes hipertensos.

### 3- Aproximaciones teóricas

La medicina frente a un paciente independientemente de su estado clínico lo aborda desde la estructura anatómica de sus órganos y sistemas como así también desde el funcionamiento de los mismos. De esta manera se va conformando entonces lo que se conoce como Anatomofisiología, es decir, el estudio de las estructuras anatómicas de células, órganos y sistemas y su correspondiente funcionamiento tanto interno como externo (Véliz y otros, página 1 y 2).

En este sentido considero pertinente desarrollar y replantear como primer concepto la definición de salud que formula la OMS.

“Estado de bienestar mental, físico y social completo y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. En última instancia es la salud y no la enfermedad, lo que constituye el interés en la acción de los servicios de salud.

Un artículo publicado en The British Medical Journal, en el año 2011, plantea la necesidad de reformular esta definición ya que si fuéramos tan dogmáticos quedarían fuera de este concepto un porcentaje muy alto de la población mundial que incluye a personas con HTA y DBT.

#### 3.1. Necesidad de una reformulación

Se han hecho diversas propuestas para adaptar la definición de salud. La más conocida es la Ottawa Charter, que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en la capacidad física. Sin embargo, esta reformulación deposita en la capacidad de autogestión el mantenerse sano, dejando prácticamente de lado la responsabilidad colectiva, política y del Estado en el logro de la misma.

Podríamos decir entonces que *Salud es el estado físico, mental y social óptimo alcanzable por el sujeto y una sociedad.*

La HTA constituye una enfermedad crónica coadyuvante en el desarrollo de la cardiopatía isquémica (CI), junto a otras afecciones de importancia, siendo una de las principales causas de muerte en países en vías de desarrollo y desarrollados.

Según la Revista Argentina de Cardiología, (volumen 86 página 2), la HTA se clasifica

según toma en consultorio, en mayores de 16 años en:

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial en consultorio, en mayores de 16 años

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
PA normal	< 130	y/o	< 85
PA limitrofe	130-139	y/o	85-89
<b>Hipertensión</b>			
HTA nivel 1	140-159	y/o	90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o	100-109
HTA nivel 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	Y	< 90

Sin tomar fármacos antihipertensivos y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, basados en el promedio de dos mediciones obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial]

La presión arterial controlada en consultorio ha sido la piedra angular sobre la cual se basan las conductas terapéuticas, sin embargo tiene menos valor pronóstico que la presión arterial no tratada en consultorio. La variabilidad de la TA está sujeta a múltiples circunstancias promoviendo entonces la utilización del mapeo o lo que se conoce como MAPA (medición ambulatoria de presión arterial) durante 24 horas colocándole un dispositivo a la persona.

Cerca del 70 % de los hipertensos están incluidos en los grupos considerados como ligeros o moderadamente elevados. El calificativo de ligero no significa, en modo alguno, que la persona esté exenta de riesgos, ya que en este grupo recae el 60% de las complicaciones originadas por el aumento de la tensión arterial. Por otra parte, un porcentaje elevado de este tipo de hipertensos, suele transformarse en graves con el transcurrir del tiempo si no se establece el tratamiento oportuno. En más del 95% de los casos no es posible identificar la causa del aumento de la PA. Se dice que estas personas padecen hipertensión esencial (Wynngaarden y otros, 1994).

Esta hipertensión tiende a agruparse en familias y representa una colección de enfermedades, síndromes, o ambos, de base genética con diversas anormalidades bioquímicas hereditarias subyacentes. Los factores fisiopatológicos que se han relacionado con la génesis de la hipertensión esencial incluyen aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, producción excesiva de una hormona no identificada que retiene sodio, ingestión crónica elevada de sodio, ingestiones dietéticas inadecuadas de potasio y calcio,

aumento o secreción inadecuada de renina, deficiencias de vasodilatadores, como las prostaglandinas, anomalías congénitas de los vasos de resistencia, diabetes, resistencia a la insulina, obesidad, aumento de la actividad de factores de crecimiento vascular y alteración de transporte de iones celulares.

En la práctica existe consenso entre algunos especialistas del mundo en tratar la enfermedad una vez diagnosticada con un tratamiento que incluye medida farmacológica y no farmacológica, independientemente del grado de HTA que la persona padezca. La elección de los fármacos es incumbencia del médico tratante, las medidas no farmacológicas como actividad física, peso corporal adecuado, restricción del sodio en la alimentación, suplementos de vitaminas como potasio, magnesio y calcio; supresión del alcohol y tabaco o disminución de su consumo, son ámbito de acción de todos los integrantes del equipo de salud, destacándose enfermería.

### 3.2. Fisiología cardiovascular

El corazón es un órgano hueco, muscular, ubicado en la cavidad torácica y compuesto por tres capas. La capa interna, o endocardio, consiste en tejido endotelial, el cual recubre el interior del corazón y sus válvulas. La capa media o miocardio, está compuesta por fibras musculares es la encargada de la acción de bombeo. La capa externa del corazón se conoce como epicardio (Brunner y Suddarth, 2009).

Al corazón lo cubre un saco delgado y fibroso llamado pericardio, el cual se compone por dos capas, la adherida al epicardio es el pericardio visceral, y un pericardio parietal unido a los grandes vasos, diafragma, esternón y columna vertebral.

A su vez, el corazón está formado por cuatro cavidades, dos aurículas y dos ventrículos. Presenta cuatro estructuras valvulares: dos auriculo-ventriculares y dos válvulas sigmoideas o también llamadas semilunares, que sólo permiten que la sangre fluya en una sola dirección. Dentro de las primeras, la válvula tricúspide separa la aurícula del ventrículo derecho; la válvula mitral o bicúspide separa la aurícula y el ventrículo izquierdos. En lo que respecta a las sigmoideas, la válvula entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar se conoce como válvula pulmonar, y la que se encuentra entre el ventrículo izquierdo y la aorta se conoce como válvula aórtica.

Las cavidades derechas bombean la sangre desde la circulación sistémica hasta la circulación pulmonar y las cavidades izquierdas bombean la sangre que llega desde la circulación pulmonar a la circulación sistémica. Las contracciones auricular y ventricular del corazón deben producirse en una secuencia específica y en intervalos apropiados para efectivizar el bombeo cardiaco. El equilibrio entre impulso, flujo sanguíneo, paso por válvulas e irrigación sistémica dada por arterias y venas está dado por la sincronidad, la resistencia arterial al paso de la sangre y el retorno venoso. Por tanto, según la OMS podemos definir a la T/A como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión arterial, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. La mayoría de las personas con hipertensión no sabe que la sufre, de ahí que se la conozca como la enfermedad silenciosa.

El sistema circulatorio humano es una intrincada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo pese a numerosas perturbaciones. Por tanto, una elevación constante de la presión arterial refleja un trastorno en las delicadas interrelaciones de los factores que mantienen este equilibrio. La hipertensión arterial esencial, o hipertensión de causa no determinada, es responsable de más del 90% de los casos de hipertensión vistos en la práctica médica. El hallazgo tiende a aparecer con carácter familiar más que individual y es representativo de una colección de enfermedades o síndromes, basados genéticamente en anomalías dependientes de una interacción ambiente genotipo, y en consecuencia con diferentes severidades y tiempos de aparición. Son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en la génesis de la hipertensión esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS), tal vez relacionado con excesiva exposición o respuesta al estrés psicosocial, es decir del impacto de la vida moderna; la sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras; la alta ingesta de sodio; la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina, con el resultante incremento en la producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA); la deficiencia de vasodilatadores, tales como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kinina-kalikreína, que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio; las anomalías en los vasos de resistencia, incluyendo lesiones en la microvasculatura renal; la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina; la obesidad; el incremento en la actividad de factores de crecimiento;

las alteraciones en los receptores adrenérgicos, que influyen la frecuencia cardíaca, el inotropismo cardíaco y el tono vascular.

Los métodos de biología molecular proporcionan los medios para precisar las bases genéticas de las enfermedades hipertensivas y diseñar estrategias preventivas y terapéuticas racionales. Hasta la fecha no se ha identificado un grupo específico de genes que regule la PA, ni se han caracterizado marcadores genéticos que permitan la detección temprana de personas con riesgo de hipertensión (Wyngaarden y otros, 1994. página 292).

#### 3.2.1. Factores genéticos

Los mecanismos de control genético de la PA son diversos y no se comprenden por completo. Estudios en familiares normotensos de primer grado de hipertensos esenciales muestran diferencias en la eliminación de electrolitos y en los valores circulantes de renina que pueden hacer que este grupo sea susceptible a la hipertensión. En consecuencia, anormalidades hereditarias en el sistema renina-angiotensina-aldosterona, que quizás incluyen alteraciones en el impulso nervioso simpático para la liberación de renina, un defecto intrínseco en la capacidad del riñón para manejar una sobrecarga de volumen, o ambos, pueden contribuir a la patología de la HTA.

#### 3.2.2. Manejo renal del sodio

En la patología de la HTA puede ser esencial un defecto en la eliminación de sal y agua. El riñón normal tiene un papel importante en la conservación del volumen intravascular y la PA. En el control del volumen y la homeostasia de la PA participan factores hemodinámicos, neurales y humorales que regulan el manejo renal del sodio. En hipertensos, esta relación entre la presión de riego y la eliminación de sodio se ve alterada.

#### 3.2.3 Función autónoma

El sistema nervioso autónomo (SNA) participa en el inicio y la conservación del aumento de la PA en la hipertensión esencial. En pacientes con hipertensión temprana se ha comprobado una disminución de la inhibición parasimpática en reposo y un incremento de la estimulación simpática del aparato cardiovascular, registrando valores elevados de renina y noradrenalina en plasma y un aumento de las respuestas vasculares al estrés, como consecuencia de su mayor actividad simpática.

#### 3.2.4. Hemodinámica

Al inicio de la evolución de la hipertensión esencial el gasto cardíaco está elevado y puede causar aumentos secundarios de la resistencia periférica que conservan la hipertensión. En este sentido los vasos sistémicos de resistencia responden al aumento del GC y del volumen intravascular contrayéndose, a fin de normalizar el flujo sanguíneo tisular. Estas observaciones son compatibles con el hecho de que los incrementos del GC inician la hipertensión esencial y que las alteraciones en la resistencia periférica ocurren posteriormente y son más importantes para conservar el aumento de la PA.

### 3.3. Terapéutica Farmacológica

Tanto el número y variedad de fármacos disponibles para la HTA como el aumento del conocimiento de la fisiopatología de dicha enfermedad, permiten individualizar cada vez más el tratamiento antihipertensivo, ya que la mayoría de los estudios han mostrado reducciones en la frecuencia de insuficiencia cardíaca o renal con dichos tratamientos. En la prescripción de dicho tratamiento es necesario considerar las características fisiológicas, económicas y sociales de cada paciente a fin de lograr un control eficaz de la PA. En pacientes con HTA leve o moderada con controles de un año o más, debe intentarse en tratamiento en disminución, o suprimirse el antihipertensivo bajo una vigilancia estrecha (Wyngaarden y otros, 1994.página 298).

Los fármacos antihipertensivos representan la piedra angular del tratamiento de la HTA por haber demostrado el control de la PA y la reducción de eventos cardiovasculares mayores y muerte. Pequeñas reducciones en la PA pueden reducir significativamente los riesgos asociados de morbilidad y mortalidad (Guía de Práctica Clínica, 2019. página 36). Las guías sobre tratamiento farmacológico de la HTA han sido diseñadas teniendo en cuenta los riesgos de esta condición y los beneficios de reducir la PA. Por supuesto, el inicio del tratamiento farmacológico no debe disminuir el énfasis en el cumplimiento de las medidas no farmacológicas (Kopitowski y otros, 2016).

El uso de fármacos en el tratamiento de la HTA debe apoyarse en evidencias provenientes de ensayos clínicos aleatorios que hayan demostrado la reducción del número de episodios cardiovasculares, la reducción de la PA, la ausencia de efectos adversos sobre la calidad de vida, una posología conveniente y bajo costo.

En personas con HTA de 18 años o más se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con dosis media de alguna de las siguientes opciones:

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): inhiben la conversión enzimática de angiotensina I en angiotensina II con las reducciones consiguientes de la resistencia vascular periférica (RVP), la actividad del SNS y la retención renal de sodio y agua, logrando eficazmente disminución de la PA en todos los subgrupos incluyendo los de edad avanzada. Las personas de raza negra suelen ser menos sensibles a los efectos antihipertensivos de los IECA que los caucásicos, pero el aumento de la dosis o la interacción con algún diurético anula la diferencia racial. El medicamento más reconocido de este grupo es el Enalapril.
- Antagonistas de receptores de angiotensina (ARA II): actúan bloqueando la unión de la angiotensina II a los receptores AT1 que están presentes especialmente en vasos sanguíneos y corteza adrenal, impidiendo la vasoconstricción y la producción de aldosterona. Ejemplo de este grupo de medicamentos es el Losartán.
- Antagonistas cálcicos: inhiben la contracción del músculo liso vascular bloqueando la entrada de calcio en la célula, disminuyendo la RVP. Este grupo de medicamentos son eficaces en la mayoría de los hipertensos no seleccionados, pero particularmente eficaces en personas de raza negra y de edad avanzada. Los fármacos más conocidos de esta familia son la amlodipina, nifedipina y diltiazem.
- Diuréticos del grupo tiazidas (TZ) o simil tiazida (STZ): los diuréticos de la tiazida fueron los principales fármacos utilizados en casi todos los estudios mayores de tratamiento antihipertensivo que mostraron disminuciones importantes de la morbilidad y mortalidad cardiovascular total, incluyendo reducciones importantes de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) e insuficiencia renal. Son fármacos que se toleran bien, no son caros y se usan combinados con todas las otras clases de antihipertensivos por lo que son el segundo fármaco lógico a la hora de requerir tratamiento combinado. Algunos de los medicamentos más conocidos de este grupo son la furosemida, hidroclorotiazida, indapamida.
- Betabloqueantes (BB): el efecto antihipertensivo de estos medicamentos se atribuye a sus propiedades inotrópica y cronotrópica negativas, que tienden a disminuir el gasto

cardíaco. Además inhiben la liberación de renina y producen un efecto vasodilatador tardío de mecanismo incierto. Se utilizan con eficacia y seguridad en combinación con otras clases de antihipertensivos. Ejemplos de estos medicamentos son el atenolol y labetalol.

En consecuencia, se detallan dosis de los fármacos de uso habitual:

FÁRMACOS	DOSIS BAJA	DOSIS MEDIA	DOSIS ALTA
Enalapril	5 mg c /12 hs	10 mg c/12 hs	20 mg c/12 hs
Losartán	25 mg/día	50 mg/día	100 mg/día
Amlodipina	2,5 mg/día	5 mg/día	10 mg/día
Hidroclorotiazida	12,5 mg/día	25 mg/día	50 mg/día
Clortalidona	6,25 mg/día	12,5 mg/día	25 mg/día
Atenolol	25 mg/día	50 mg/día	100 mg/día

### **Materiales y métodos**

#### **Aspectos metodológicos de la investigación**

Se realizó un estudio descriptivo en el Centro de Salud del Barrio Mataderos, de la ciudad de Santa Rosa La Pampa, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2019, y enero, febrero y marzo del año 2020.

Población: 93 personas de ambos sexos, con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) que se asisten en el Centro de Salud de Barrio Mataderos, de la ciudad de Santa Rosa La Pampa.

Muestra: 50 personas, de ambos sexos, seleccionadas de la población objetivo, bajo los siguientes criterios de inclusión:

- que posean entre 40 y 80 años de edad.
- que residan en el Barrio mataderos
- que se encuentren registradas en los libros de registro de los pacientes crónicos del Centro de Salud de Barrio Mataderos.
- que posean diagnóstico de hipertensión arterial y que se hayan asistido en el Centro de Salud de Barrio Mataderos, durante el periodo de estudio.
- que reciban asistencia médica y de enfermería en el Centro de Salud del Barrio Mataderos.
- que retiren los medicamentos para el tratamiento de sus patologías en el Centro de Salud del Barrio Mataderos.

La muestra se seleccionó de los registros documentales del Centro de Salud de Barrio Mataderos, de forma no probabilística por conveniencia; incluyendo a los sujetos de acuerdo a los criterios de inclusión previamente establecidos.

Con el propósito de proveer una mirada integral a la investigación, se realizaron entrevistas a actores de salud que tienen vínculo asistencial con los integrantes de la muestra estudiada.

Los instructivos de recolección de datos fueron diseñados por el tesinista con el aval de la directora de la tesina. Los cuatro formularios se denominan:

- A. Cuestionario para el paciente. (Ver Anexo I)
- B. Cuestionario para el Director del Centro de Salud. (Ver Anexo II)
- C. Cuestionario para la médica generalista que asiste a los pacientes. (Ver Anexo III)
- D. Cuestionario para la Jefe del sector Enfermería. (Ver Anexo IV)

El cuestionario aplicado a la muestra de pacientes (A), posee preguntas abiertas y cerradas con opciones de respuesta. Los datos se recolectaron mediante entrevista y observación, previo consentimiento informado oral de los participantes. Las entrevistas se realizaron en el Centro de Salud o en los domicilios particulares de los sujetos incluidos en el estudio. Las variables investigadas tratan de aspectos socio-ambientales, emocionales, alimentación, vivienda, comorbilidad, adherencia al tratamiento de la HTA y medicación.

Los cuestionarios B, C y D, aplicados al personal asistencial del Centro de Salud (Director, Médica y Enfermera Jefe) constan de preguntas abiertas.

### **Características del sitio donde se realizó el estudio**

El Barrio Mataderos se encuentra ubicada en la ciudad de Santa Rosa La Pampa, en las coordenadas -36 ° 37' 42" (latitud sur), -64° 16' 12"(longitud oeste). Está limitado por cinco barrios: Bella Vista, Congreso, Los Caldenes, Villa Elvina y Villa Sarmiento.



Fuente: Ministerio de Salud de La Pampa. Mapa del Área Programática del Centro de Salud de Barrio Mataderos de Santa Rosa La Pampa

El barrio se encuentra emplazado donde antiguamente funcionaba el Matadero Municipal, de ahí deriva su nombre. Las calles del barrio no están pavimentadas, por lo que impresiona como una zona semi-rural, predominan las casas pequeñas de construcción sencilla.

Los primeros pobladores llegaron a principios de la década del 60 cuando se puso en marcha el primer plan de erradicación de viviendas precarias de la ciudad de Santa Rosa. Las primeras viviendas eran de maderas y tubulares de chapa; las construcciones fueron evolucionando hasta la actualidad. El primer plan de viviendas se denominó Nicolás Levalle, luego el barrio Erradicación de Ranchos y finalmente, hacia fines de los años 80, el Plan Joven.

El barrio cuenta con una escuela de dependencia provincial y un salón de usos múltiples. Por su parte, el Centro de Salud fue creado en agosto del año 1983 dependiente del hospital Lucio Molas. Inicialmente, funcionaba en horario diurno, con dos enfermeras, un médico generalista y un médico pediatra. Tres años más tarde, se amplía el horario de atención, sumando el turno noche e incorporando otra enfermera y personal de especialidades como odontología, obstetricia y psicología.



Foto del frente del Centro de Salud. Agosto,2020



Foto del frente del Centro de Salud. Agosto,2020

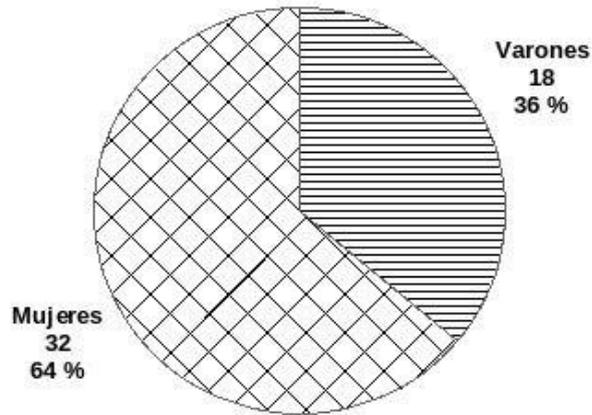
## **Resultados y Discusión**

### **Resultados de la entrevista realizada a la muestra de pacientes hipertensos**

En la investigación “Control y cuidado de la tensión arterial en pacientes del Centro Sanitario del Barrio Mataderos de la ciudad de Santa Rosa-La Pampa” realizada durante el último trimestre de 2019 y el primer trimestre de 2020; se encuestaron 50 usuarios del servicio de salud con diagnóstico de hipertensión arterial. La muestra incluyó personas de ambos sexos (32 mujeres y 18 varones) entre 40 a 80 años de edad. En el Gráfico 1 se muestra la distribución según sexo.

**Gráfico 1**

*Distribución de encuestados según sexo*  
*n=50*



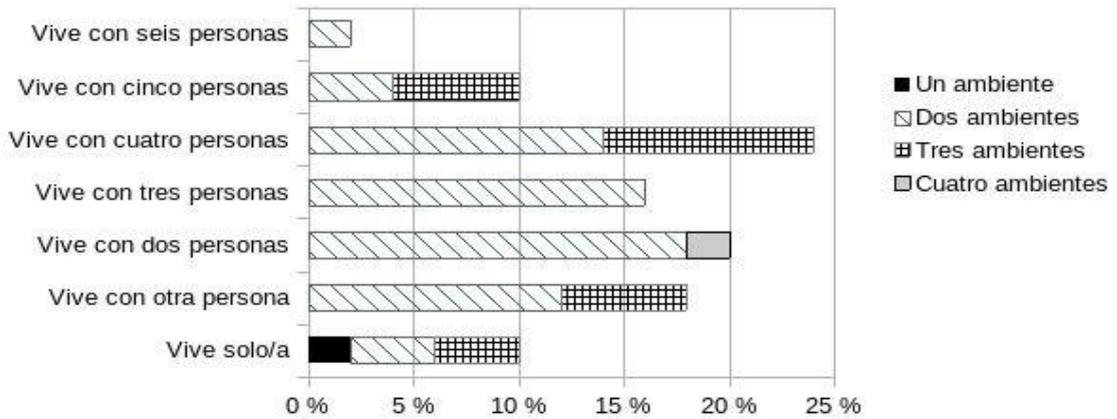
Las personas investigadas, poseen características socioeconómicas y socioambientales similares. Son hombres y mujeres que residen en el Barrio Mataderos, y tienen una historia familiar tanto de la pertenencia, por varias generaciones.

Según muestra n=50, los pacientes con comorbilidad diabética se distribuyen de la siguiente manera: de las 32 mujeres (24 son diabéticas, 6 con insulina Tipo I y 18 con diabetes Tipo 2).

Del total de la muestra masculina, de los 18 varones, 8 están diagnosticados con Diabetes Tipo II.

Gráfico 2

Encuestados según número de convivientes y tipo de vivienda  
n=50



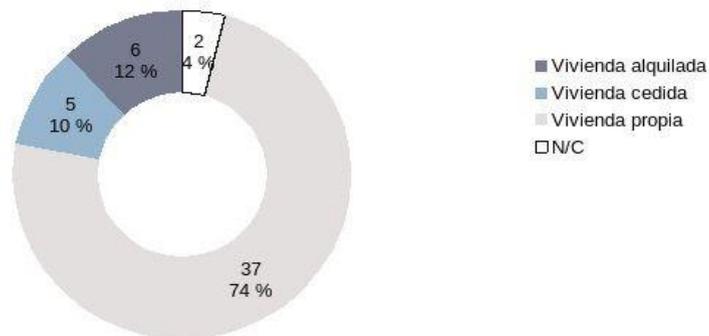
El gráfico 2 muestra la situación de convivencia habitacional. La mayoría de los pacientes residen en viviendas propias que poseen entre dos y cinco ambientes, que comparten con familiares directos a cargo, o con nietos, o eventualmente algún allegado ocasional que, temporalmente, comparte el mismo espacio.

El 10% viven solos, mientras que el resto conviven con otra persona y hasta con seis personas más. Se presume que más de un 5% presenta hacinamiento visto que, son familias de 6 y 7 integrantes que conviven en viviendas de 2 o tres ambientes.

Son familias de clase social media baja y baja, con actividades económicas en general no declaradas, trabajos o changas temporales mal remuneradas.

Gráfico 3

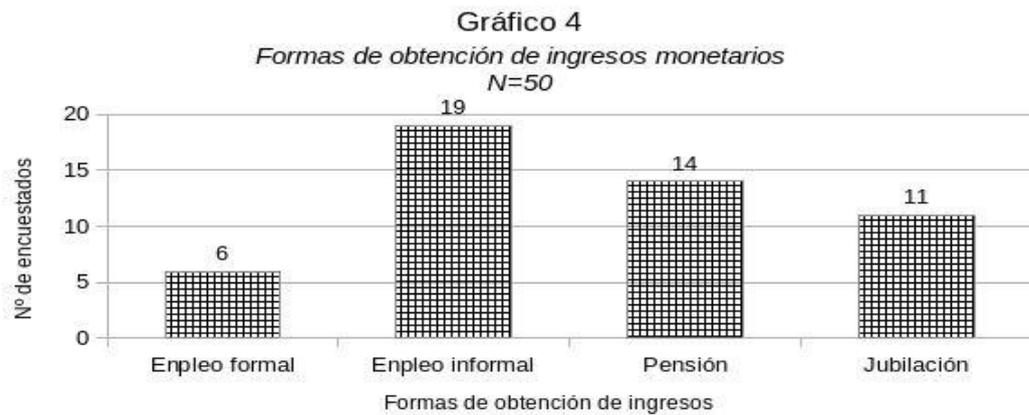
Encuestados según condición de uso de la vivienda  
n=50



Como muestra el Gráfico 3, las viviendas del Barrio Mataderos son viviendas construidas una parte por planes nacionales y otra de esfuerzo propio o Plan Joven. Son viviendas de

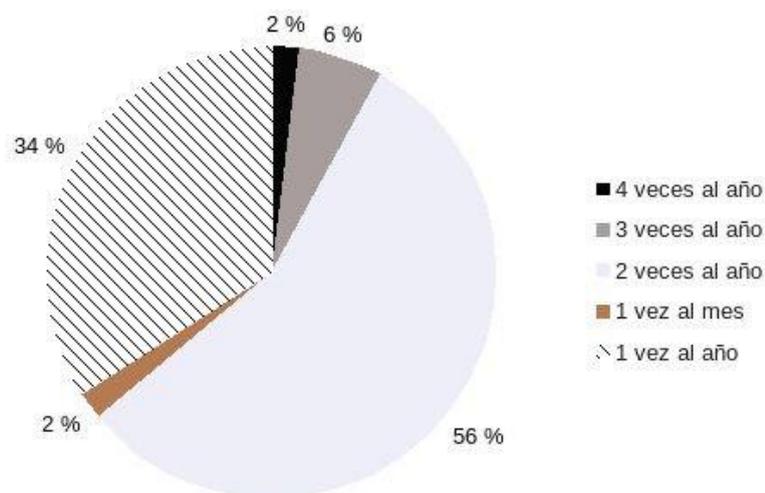
construcción sencilla casi todas ellas con ampliaciones habitacionales y que también poseen todos los servicios básicos públicos (agua potable, cloacas, recolección de residuos).

El Gráfico 4, muestra un dato revelador, ya que del total de la muestra, pertenezcan a la categoría de ingresos cualesquiera, el 90 % (45 pacientes) reciben algún tipo de ayuda social, o un familiar directo como hijos, hijas, esposos, nietos. Estas ayudas sociales están distribuidas entre Tarjeta Alimentaria, dietas, ayudas económicas.



En el Gráfico 5, se muestran los porcentajes de encuestados según frecuencia de controles médicos. Como se puede apreciar la mayoría de las personas concurren a la visita médica, con una frecuencia menor a tres veces anuales.

Gráfico 5  
Porcentaje de encuestados según frecuencia de controles médicos  
n=50

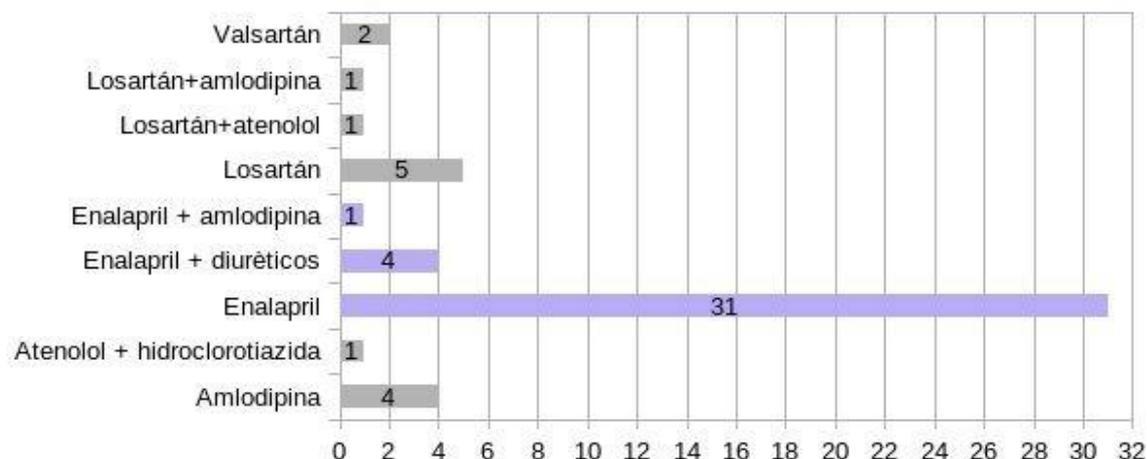


La mayoría de los pacientes (56%) realizan una visita al médico generalista dos veces al año y menos del 20% ven otros profesionales como: neumonólogos, diabetólogos, psicólogos o ginecólogos. De manera excepcional, se realiza alguna visita médica al domicilio del/la paciente. todos los pacientes van al Centro de Salud para control y toma de la presión por lo menos una vez por semana como mínimo.

Con respecto al tratamiento con medicamentos, no se detectaron casos de polifarmacia. Generalmente el paciente o algún familiar va a retirar la receta y luego pasa por la farmacia para retirar los medicamentos. Los datos relacionados con los pacientes hipertensos y el tipo de medicamento que consumen se muestran en el Gráfico 6.

Gráfico 6

Encuestados según tipo de fármaco indicado para el tratamiento de la hipertensión arterial  
n=50



De acuerdo a la entrevista realizada a la directora médica del centro de Salud los pacientes están medicados en su mayoría con tratamiento de monoterapia, mayoritariamente Enalapril, y de acuerdo a la evaluación de enfermería hay hábitos de salud que acompañan a la terapéutica médica.

En el período abril 2007 a marzo 2008, el 13% de las recetas tuvieron como diagnóstico HTA, con la indicación de Enalapril en casi 3 de cada 4 de las mismas (Redes, 2016). Además, según el octavo informe Joint del año 2017, la utilización de enalapril como fármaco por excelencia para comenzar tratamiento antihipertensivo, resulta de una decisión apropiada para el paciente y los sistemas de salud. Este medicamento es de bajo costo, con alta adaptación por parte del paciente y con contraindicaciones leves. Este informe plantea también la posibilidad de poder comenzar una interacción entre fármacos antihipertensivos, sin necesidad de poder llegar a la dosis máxima del medicamento administrado hasta el momento de la realización de incorporación de otro antihipertensivo. Es importante señalar que la medicación administrada a los pacientes del centro de salud Mataderos son las que cuenta dentro de su peticorio lo que explica diferencias con otras instancias de atención como el ámbito privado. La HTA es una enfermedad multifactorial y por lo tanto, resulta poco probable que todos los hipertensos respondan indistintamente a cualquier fármaco. El 62% de la muestra está medicada con tratamiento de monoterapia

(IECA)

Sólo el 16% de la muestra está medicada con combinación de dos drogas, un paciente con antagonista del receptor de angiotensina II (ARA II) Losartán, más betabloqueante (BB) (amlodipina); un paciente con ARA II más un bloqueador de canales de calcio (Atenolol); un paciente con IECA más BB; cuatro pacientes con IECA más diurético y un paciente con BB más diurético (hidroclorotiazida).

Pese a que las guías como la versión reducida del Consenso de Hipertensión Arterial del año 2018 recomiendan comenzar con combinación de dos drogas, en mi población lo que se observa es que se continúa la tendencia a medicar con monodroga, siendo la más utilizada el inhibidor renina-angiotensina (IECA).

Según la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), en los doce meses comprendidos entre agosto del año 2018 y septiembre del año 2019, el Enalapril con 23,13% y el Losartán con 15,49% fueron los antihipertensivos más prescritos. Le siguen en orden decreciente el carvedilol (10,62%), atenolol con (6,24%), valsartán con (5,25%), losartán + tiazida (3,23%), enalapril + tiazida (2,92%), amlodipina (2,90%) y furosemida (2,54%).

Con respecto a este punto del tratamiento farmacológico, un estudio de la Sociedad Española de Cardiología del año 2017 plantea que la mayoría de los pacientes hipertensos va a precisar al menos dos fármacos para lograr los objetivos de PA. Esto se debe a que la HTA es una enfermedad sistémica multifactorial en la que están implicadas varias vías neuroendocrinas e inhibir una de ellas resulta habitualmente insuficiente. Desde el año 2007 las guías recomiendan el tratamiento con al menos dos fármacos antihipertensivos cuando no se consigan objetivos de PA con monoterapia, o directamente como primera línea en determinadas situaciones con elevaciones importantes de PA, aconsejando además el empleo de combinaciones fijas mejor que las libres, para facilitar la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

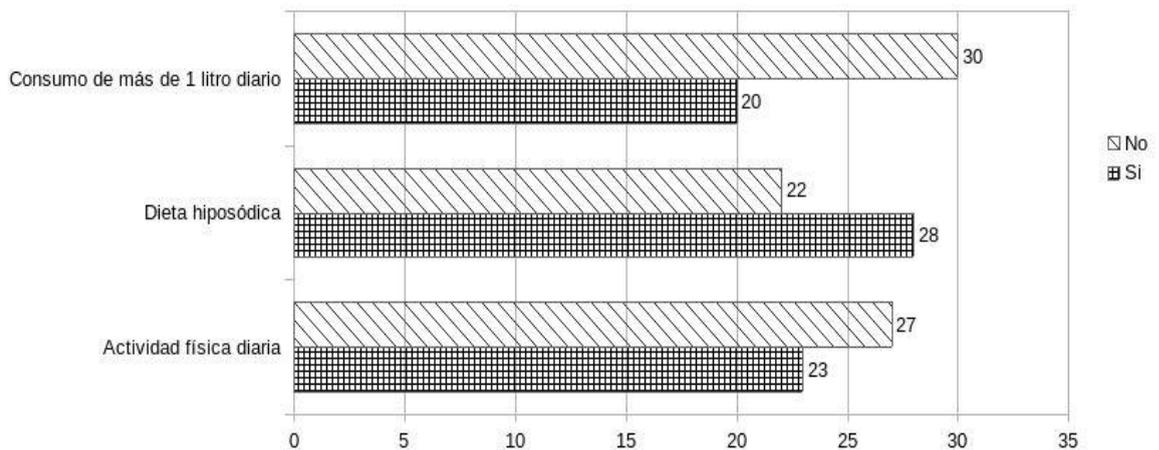
Asimismo, la Guía de Abordaje en el Primer Nivel de Atención realizada por el Ministerio de Salud de nuestra Provincia en el año 2019, plantea la utilización de asociaciones de fármacos en el tratamiento inicial independientemente del nivel de HTA, sobretudo en aquellos con RCV moderado, alto o muy alto. Además de recomendar el tipo de fármaco, la dosis y la frecuencia horaria de dicha asociación medicamentosa, también sostiene que

cuando se inicia el tratamiento de modo monoterapia, solo el 40% de los pacientes logra el adecuado control con esta modalidad.

La comorbilidad con Diabetes de la muestra de pacientes del centro de salud del Barrio Mataderos es del 64%, y se condice con la información del Consenso de HTA del año 2018, cuando refiere que la prevalencia de HTA en adultos con DM (diabetes mellitus) es del 80%. La misma sugiere iniciar tratamiento farmacológico con IECA o ARA II con TA superior a 140/90 mm/hg, aunque generalmente se requieren dos o más drogas para el control de la PA en hipertensos diabéticos. También se indica la derivación para aquellos pacientes que no alcancen las metas terapéuticas de PA con la asociación de tres drogas y aquellos pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada.

Gráfico 7

Encuestados según hábitos de actividad física y consumo de agua y sal diarios  
n=50



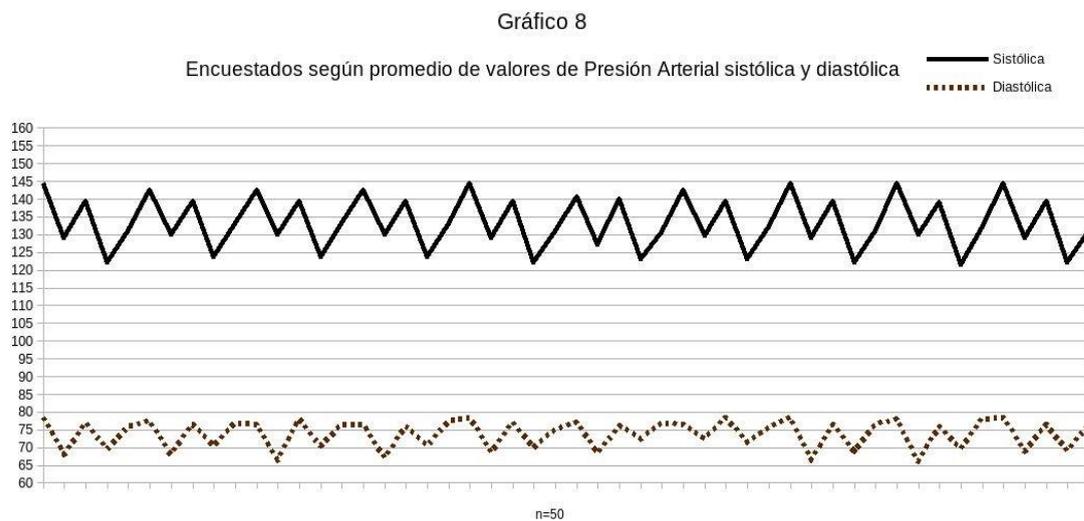
El gráfico 7 muestra los hábitos de actividad física e ingesta diaria de agua y sal de los pacientes entrevistados. Los datos evidencian la dificultad de los pacientes de poder incorporar hábitos saludables como parte del tratamiento no farmacológico, ya que el 60% de la muestra consume menos de un litro de agua diario; el 44% consume sal y el 54% no realiza ningún tipo de actividad física.

Con respecto a la realización de actividad física, la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2019 plantea que la prevalencia de actividad física baja (3 o más

días por semana a razón de 20 minutos por día) en población mayores de 18 años para la provincia de La Pampa es del 56,20% siendo del 60 % hacia el año 2013 (pág. 77). En cuanto a las barreras para la realización de la actividad física se destacó la falta de tiempo, razones de salud y falta de voluntad. Otra de las barreras consignadas en la ENFR, al igual que las ofrecidas en la encuesta de la muestra del Barrio Matadero, es el factor económico, evidenciado en el aumento de la actividad informal y, además, en el cuidado de familiares menores y mayores a cargo de dichos pacientes.

Con respecto al consumo de sal la misma ENFR del año 2019 plantea para nuestra provincia que el porcentaje de personas mayores de 18 años o más que utilizan sal habitualmente durante la cocción es del 61,60 % (pág 107). Del mismo modo también plantea un porcentaje del 15,5 % de personas mayores de 18 años o más que utilizan sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa (pág 104).

En lo que respecta al consumo de agua, puede decirse que el 60% de las personas encuestadas no cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias de la Población Argentina. Estas recomiendan tomar a diario 8 vasos de agua segura, como así también beber diariamente al menos 2 litros de líquidos sin azúcar, preferentemente agua; y no esperar a tener sed para hidratarse (pág 26).



En los controles realizados durante 10 días a los 50 pacientes de la muestra se detectaron rangos en las medidas de TA, con presión arterial sistólica (PAS) hasta 175 Mm/Hg como valor máximo y 100 Mm/Hg como valor mínimo; y presión arterial diastólica (PAD) 100 Mm/Hg como valor máximo de referencia y 55 Mm/Hg como registro mínimo.

## **Resultados de la entrevista al Director del Centro de Salud**

En los datos recolectados mediante la entrevista realizada al Director del Centro de Salud, se obtuvieron las siguientes respuestas:

1) ¿Tiene conocimiento que dentro de los pacientes que atiende hay pacientes hipertensos?

En este momento tengo dos pacientes hipertensos varones entre 50 y 60 años.

2) ¿El motivo de la asistencia psicológica o terapia lo desencadenó la HTA o lo desencadenaron otras razones y se agregó la HTA?

La característica que generalmente tienen este tipo de pacientes es que el motivo de la consulta es por problemáticas psicosociales. Es decir, que a medida que uno va indagando aparece el problema de HTA, pero no es el motivo de consulta la HTA. Acá hay que pensar en el concepto de estrés y donde se evidencia la relación entre el cuerpo y las emociones. Recibir apoyo emocional es importante para controlar el estrés y la HTA, sobretodo porque hay personas que tienen dificultad en lidiar con el estrés de la vida cotidiana y estas situaciones diarias afectan a su salud y su calidad de vida.

3) ¿Tiene el centro de salud y específicamente dentro de su área, alguna actividad prevista o planificada para trabajar en forma conjunta con ese tipo de pacientes?

En primer lugar, se hace psicoeducación sobre causas de HTA además de los médicos que también lo hacen. Se hacen caminatas 3 veces por semana y se estimula la actividad física de los vecinos que se deseen sumarse a se habla constantemente el tema de mejorar hábitos de salud en general.

## **Resultados de la entrevista a la médica generalista**

Los siguientes son datos recolectados a partir de las respuestas a preguntas realizadas a la médica generalista de la Institución, que trata a los pacientes estudiados:

1) ¿La población que atiende es producto de una demanda promovida o de una demanda espontánea?

Es producto de una demanda organizada por turnos de lunes a viernes. A veces, estando en consultorio, enfermería recibe algún paciente con alguna afección o urgencia, y se la resuelve como consulta por guardia. Aunque son los menos casos.

2) En el marco de esa demanda, ¿qué enfermedad considera usted que es de mayor consulta? ¿El porcentaje es mayor en varones o en mujeres?

Básicamente, enfermedades cardiovasculares, diabetes, en adultos. El porcentaje es variado de acuerdo a la patología, siendo mayor en mujeres diabéticas.

3) ¿Qué funciones desempeña enfermería en el abordaje que usted realiza como médica generalista sobre la población hipertensa?

Enfermería es parte de un equipo interdisciplinario realizando controles de signos vitales antes del paciente entrar a consultorio y realizando medicación indicada por profesional. Además, enfermería conoce perfectamente a cada paciente y eso es fundamental para abordar todos los aspectos sociales, familiares y personales de cada paciente.

### **Resultados de la entrevista a la Jefa de enfermería**

Respecto de los datos recolectados por medio de la entrevista realizada a la Enfermera Jefe del sector de enfermería del Centro de Salud de Barrio Mataderos, se resumen los siguientes conceptos:

1) ¿El centro de salud tiene censada la población del área de cobertura?

No está censada la población hipertensa.

2) ¿A cuánta gente responde el centro de salud o debería responderle en términos de oferta-demanda?

El Centro de Salud responde generalmente y mayoritariamente a la gente del barrio o zona de influencia. También hay gente que se ha mudado del barrio, pero se sigue atendiendo acá. A veces, sobre todo los fines de semana, se realizan reuniones familiares y se atiende gente de otros barrios a controles de presión y de glucemia.

3) Específicamente, respecto a Enfermería, ¿cómo es la demanda de atención? La demanda es espontánea y demanda programada con indicaciones médicas, aunque no sabemos cuánta será la demanda de pacientes diaria.

4) ¿Cuánta demanda de atención de adultos tiene representada en grupo etario y afección propiamente dicha?

Es variada. En adultos las patologías más consultadas son la Diabetes, HTA, otras enfermedades cardiovasculares, pacientes psiquiátricos, convulsiones y muchos pacientes que llamamos casos sociales, es decir, problemas de violencia de género, prostitución, consumo de drogas, embarazo adolescente, pobreza.

5) ¿Qué especialidades ofrece el centro de salud?

Clínica, odontología, psicología, obstetricia, enfermería y nutrición.

6) ¿Dentro de la demanda están clasificadas por patologías? ¿Dentro de las patologías se pueden tomar datos de las edades de los pacientes con HTA?

La demanda programada se clasifica porque es con turno y a los pacientes hipertensos los conocemos porque es gente del barrio. La demanda espontánea como control de niño sano, vacunación, curaciones, dudas en el tratamiento, etc, también queda registrada la práctica y a quien se le realiza.

7) Población hipertensa, ¿cómo está medicada? ¿Hay registro de la medicación que toman los pacientes con HTA?

En enfermería no hay registro de la medicación del paciente hipertenso, si en farmacia que es donde la retira.

8) ¿Cuándo se le termina la medicación a un paciente, como lo resuelve?

Si el paciente concurre a enfermería, en la guardia hay comprimidos de los fármacos más utilizados y se les provee por los días que debe tomarla hasta poder retirarla por farmacia. Por ejemplo, si le agarra a algún paciente el fin de semana sin la medicación.

9) ¿Enfermería trabaja en forma interdisciplinaria o sólo realiza actividades independientes?

Si. Enfermería trabaja en forma interdisciplinaria con las demás especialidades y además realiza tareas independientes. Puntualmente con respecto a pacientes hipertensos es complicado porque hay mucha comorbilidad. Es decir, muchos pacientes con HTA también son diabéticos, mujeres en su mayoría. Entonces se trabaja mucho en la prevención. Es muy difícil porque creen que tomando la medicación se van a curar. La percepción que ellos tienen es que la DBT es una enfermedad brava, peligrosa, y la HTA la arreglan con la pastilla y listo. Como que la HTA no es una enfermedad En el centro

de salud se hicieron talleres de hábitos saludables. Consistían en una caminata dos o tres veces por semana durante una hora a cargo de un profesor de educación física.

Otra actividad que se implementó en el Centro en el marco de hábitos saludables fue la elaboración y preparación de comidas saludables con presencia de nutricionista. Para esto los pacientes llevaban frutas y verduras y ellos mismos aportaban recetas y se hacía una colación donde también proponían que podía preparar para el almuerzo con esas verduras, afín de aumentar el consumo de alimentos sanos en el seno del grupo familiar.

También se hace todos los años una huerta comunitaria con supervisión del Inta donde se cosechan lechuga, tomate, cebolla de verdeo, acelga. Esta actividad se hace en el centro de salud con vecinos del barrio, no necesariamente todos hipertensos, pero sí una mayoría. Dentro de las actividades de prevención que se realizan en el Centro de Salud se dan charlas a cargo de médico o médica, enfermería y nutricionista. Entre otros temas, se habla mucho sobre HTA, causas, consecuencias, síntomas, importancia de una alimentación saludable dentro de las posibilidades económicas de la gente, controles de salud, importancia de la toma de la medicación a diario, el peligro del sedentarismo y el consumo de alcohol.

## Conclusiones

El presente trabajo fue realizado en el Centro de Salud del Barrio Mataderos de la ciudad de Santa Rosa provincia de La Pampa, permitiendo inferir que las presunciones formuladas en el planteo del problema se condicen con las condiciones socioeconómicas, ambientales, familiares y de la enfermedad propiamente dicha.

Ofrezco aquí un detalle de lo mencionado:

1. Existe una alta comorbilidad en la muestra entre pacientes hipertensos y pacientes diabéticos. Tal es así que el 64% de los entrevistados son diabéticos, siendo los dependientes de insulina el 12% de dicha muestra (Gráfico 1).
2. El 74% de los entrevistados posee vivienda propia. Sólo el 12% de la muestra (6 personas) alquilan vivienda, y esto se evidencia en la situación en que las viviendas son habitadas por los primeros dueños, o familiares directos, o familiares de éstos, que a través de alguna reforma o ampliación de la vivienda permanecen en el condominio habitable (Gráfico 3).
3. Sólo el 12% de la muestra tiene un empleo formal legalizado. El 50% es jubilado o pensionado. Lo llamativo es que el 90% de los entrevistados (45 personas) recibe algún tipo de ayuda social municipal o provincial, independientemente de la categoría de ingresos a la cual pertenezca (Gráfico 4).
4. La totalidad de la muestra  $n=50$  asiste al/la médico/a generalista por lo menos una vez al año. El porcentaje más alto de 56% se observa en la visita de dos a la misma especialidad médica (Gráfico 5).
5. El 62% de los encuestados (31 pacientes) recibe tratamiento farmacológico de monoterapia siendo el alto índice de comorbilidad el mencionado anteriormente el punto 1. Sólo el 16% (8 pacientes) recibe tratamiento con interacción de dos fármacos antihipertensivos. Ningún paciente de la muestra recibe tratamiento farmacológico con interacción de tres o más fármacos (Gráfico 6).
6. Este gráfico evidencia la poca adherencia de los entrevistados a hábitos saludables. De esta manera el 54% de los entrevistados no realiza ninguna actividad física; el 44% consume sal con las comidas o sebreagrega, y el 60% de la muestra consume un litro o menos de agua diariamente (Gráfico 7).

7. El gráfico 8 muestra que los rangos entre los valores máximos y mínimos tanto de PAS como de la PAD superan los valores normales establecidos tanto por la OMS como por la Sociedad Argentina de HTA (tabla página 14).

Las personas que padecen una enfermedad crónica como la HTA elaboran las representaciones de su enfermedad a partir de una experiencia que conjuga información médica, vivencias subjetivas y la interacción que establecen con su grupo social, por lo cual el contexto social es determinante. La HTA se incorpora a las circunstancias de vida de quienes la padecen. Por lo tanto, los motivos que elaboran los/as pacientes sobre las causas de su enfermedad reflejan las historias personales que en ocasiones se relacionan con situaciones que no comprenden o que causan tristeza o angustia.

Se conoce que la mejor manera de evitar la aparición de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), es a través de la práctica de estilos de vida saludables.

Los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud descrito por los entrevistados, no favorece el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Se identificaron altos porcentajes de sobrepeso y obesidad, falta de actividad física, al igual que una dieta inadecuada, por lo que se debe propender hacia el mejoramiento de hábitos nutricionales saludables.

El cambio de comportamiento en pacientes con conductas de riesgo ayuda a reducir indicadores de morbimortalidad de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). Este cambio es un proceso difícil de conseguir sobre todo si no se tiene un método o estrategias adecuadas para hacerlo. Según datos arrojados por la entrevista, algunos factores asociados a la no adherencia al tratamiento no farmacológico son la baja escolaridad, no recibir consejo nutricional, no participar de estrategias comunicativas grupales. Otras causas son las comorbilidades, falta de tiempo y los recursos económicos. Se intenta fomentar cambios en los estilos de vida de los pacientes y suspensión de hábitos nocivos.

El problema radica en que el control de este tipo de enfermedad requiere de un cambio conductual de la población que permita generar adherencia a tratamientos farmacológicos y especialmente dietoterápicos.

También de información surgida en la entrevista se evidencia que las conductas no adherentes en torno a la HTA derivan en el no reconocimiento de ésta como tal, por lo cual resulta altamente complejo la incorporación de tratamientos que intenten modificar sus

conductas por ellos validadas. Asimismo, es importante resaltar que los entrevistados refieren conocer que es la HTA, tener familiares y amigos con dicha patología, y conocer los riesgos y consecuencias que acarrea la falta de cuidados para poder prevenirla.

La combinación de elementos pertenecientes a la esfera del ámbito social, económico, educativo y cultural, dificulta el cumplimiento dietario en dicha población, pero entrega información valiosa sobre las variables que componen el comportamiento alimenticio de ellos.

Las intervenciones encaminadas a promover la adherencia al tratamiento de estilos de vida saludables deben incluir y preservar el contexto de la comunidad de la cual ellos son parte, donde los recursos de la misma sean los insumos que permitan la promoción de la salud. Por ello, las acciones de educación para la salud que realiza el equipo del Centro de Salud en general son aceptadas por la comunidad, aunque no siempre se obtienen los resultados deseados. A pesar de ello es fundamental contar con políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables para que las acciones puedan ser ancladas en un marco institucional coherente.

Si bien la muestra es intencional no probabilística guarda cierta representatividad con la población del Barrio Matadero visto que comparten el mismo espacio socioambiental y características de convivencia familiar similares.

Por lo tanto, las acciones desarrolladas para tal fin persiguen primeramente en la totalidad de la población del barrio, prevenir aquellas personas que no padecen HTA, y limitar el daño en los pacientes diagnosticados.

Para estilos de vida y conductas de salud que permitan una salud óptima en los pacientes con ECNT, se proponen las siguientes acciones individuales y colectivas en la población determinada:

1. Primero, es fundamental definir el espacio geográfico y población sobre la cual se va a trabajar ya que el abordaje dependerá en gran medida del contexto.
2. Convocar a representantes líderes de la comunidad a la que pertenece la muestra estudiada y personal de salud del Centro en sus diversas especialidades, para lograr un compromiso en el cambio de dichas conductas nocivas para la salud.
3. Promover la visualización de videos autorreferenciales pertenecientes a familiares o personas del entorno cercano de la población estudiada, a fin de lograr conductas saludables que promuevan la prevención y promoción de la salud.

4. Es fundamental para intentar desandar esta situación concientizar sobre la idea del trabajo y la participación comunitaria activa de la gente, tomando la HTA como una enfermedad seria y compleja. Por consiguiente, el vínculo del equipo de salud con la comunidad es fundamental.
5. Es necesario tener sistematizada en el Centro de Salud toda la información pertinente a la población hipertensa, a fin de optimizar el control de su salud, como la frecuencia de controles médicos, controles de TA y valores óptimos alcanzados, información socioeconómica del paciente y grupo familiar conviviente, tratamiento farmacológico y adherencia al mismo.
6. Todo paciente hipertenso debe tener un control estricto de TA diario, ya sea en el Centro de Salud o en su domicilio.
7. Se debe contar con la información exacta de cuántas personas hipertensas consumen la vianda alimentaria del comedor del barrio, y articular de manera personalizada entre la nutricionista y cada paciente el contenido y calidad de las mismas.
8. También se debe controlar más estrictamente la administración y el uso que cada paciente hace de la medicación recibida en el Centro de Salud, para lograr la toma del medicamento en tiempo y forma de acuerdo a la prescripción médica correspondiente.

Este trabajo conforma sólo una mirada parcial y no pretende abarcar la totalidad de una problemática tan compleja como es la Hipertensión Arterial.

La realización de esta tesina pude concretarla gracias al aporte de valiosos datos ofrecidos por la población y diferentes integrantes del Centro de Salud; considero oportuno entonces ofrecer la misma como una herramienta más para continuar fortaleciendo aquellos objetivos comunes que nos unen en la prevención y promoción de la salud.

## Referencias bibliográficas

- B. W. Du Gas. 2004. Tratado de Enfermería Práctica. Cuarta Edición.
- Barrios Alonso V. Octubre 2017. Sociedad Argentina de Cardiología. Actualidad en Cardiología Clínica.
- Cardiología, S. A., & DE CARDIOLOGÍA, F. A. (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Rev Argent Cardiol*, 86 (Suppl 2), 1-53.
- CES Psicología. Ofman y otros. 2016. Creencias sobre las causas de la Hipertensión Arterial: influencia en las estrategias de afrontamiento al estilo de vida.
- Confederación Farmacéutica Argentina (2019). Observatorio de Salud. Medicamentos y Sociedad.
- Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América para la Prevención, Detección, Evaluación y de la Hipertensión Arterial (2017). Octavo Informe (JOINT).
- Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. 2019. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
- Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS). 2016. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Serie 5. Número 60.
- Dirección Nacional de Promoción y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. 2019. Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.
- Dirección Nacional de Promoción y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. 2019. Guías Alimentarias de la Población Argentina. (página 26).
- Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2015. Abordaje del riesgo cardiovascular global para el Primer Nivel de Atención. Redes.
- Estudio Renata 2. 2016.Registro Nacional de Hipertensión Arterial en Características Epidemiológicas de la HTA en la Argentina.
- Factores de riesgo cardiovasculares en una población de trabajadores de la ciudad de Córdoba, Argentina. J.R. Salgado. 2010.

- Kopitowsky y otros. (2016). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. 3ra Edición.
- Ley Nacional 25501 publicada en Boletín Oficial el 5/12/2001. Salud Pública. Prioridad Sanitaria del Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares.
- Ley Provincial 2761 publicada en BO el 25/07/14. Adherencia a la ley nac 25501
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2018) Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Recuperado de: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=encuesta+nacional+de+factor+es+de+riesgo+2018+argentina>
- Primer Nivel de Atención. Promoción de la Salud. Ministerio de Salud de la provincia de La Pampa (2019). Abordaje de la Hipertensión Arterial: Guía Práctica Clínica.
- Sampieri y otros (2006). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.
- S.C Smeltzer, B.G. Bare. Brunner y Suddarth. (2009) Enfermería Medicoquirúrgica. 9ª Ed. McGraw-Hill/Interamericana.
- Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. (2018). Consenso Hipertensión Arterial. Versión reducida.
- Vélez H. y otros (1990). Fundamentos de Medicina. Primera Edición. Capítulo Primero (páginas 1 y 2). Colombia. Editorial: Corporación para Investigaciones Fisiológicas.

## **ANEXOS**

### **Anexo I**

#### Encuesta para paciente

1)¿Se realiza controles de salud?



Más de un matrimonio

Otro tipo de familiares

Hijos

Nietos

Yernos

Nueras

15) Qué número de habitaciones tiene su vivienda?

16) ¿Cómo siente, como vive o como percibe su vivienda?

17) ¿Usted recibe algún ingreso?

	SI	NO
Pensión	SI	NO
Jubilación	SI	NO
Ayuda social del estado	SI	NO

18) ¿Otras personas de las que viven con usted reciben ayuda social?

SI NO

19) ¿Qué tipo de ayuda o remuneración perciben?

Sueldo activo	SI	NO
Pensión	SI	NO
Jubilación	SI	NO
Ayuda social	SI	NO

## **Anexo II**

Encuesta para el director (psicólogo del centro de salud)

- 1) ¿Tiene conocimiento que dentro de los pacientes que atiende hay pacientes hipertensos?
- 2) ¿El motivo de la asistencia psicológica o terapia lo desencadenó la HTA o lo desencadenaron otras razones y se agregó la HTA?
- 3) ¿Tiene el centro de salud y

específicamente dentro de su área, alguna actividad prevista o planificada para trabajar en forma conjunta con ese tipo de pacientes?

### **Anexo III**

#### Encuesta para médicos de la Institución

- 1) ¿La población que atiende es producto de una demanda promovida o de una demanda espontánea?
- 2) En el marco de esa demanda, ¿qué enfermedad considera usted que es de mayor consulta? ¿El porcentaje es mayor en varones o en mujeres?

3) ¿Qué funciones desempeña Enfermería en el abordaje que usted realiza como médica generalista sobre la población hipertensa?

#### **Anexo IV**

##### Encuesta para Jefa de Enfermería

- 1) ¿El centro de salud tiene censada la población del área de cobertura?
- 2) ¿A cuánta gente responde el centro de salud o debería responderle en términos de oferta-demanda?
- 3) Específicamente, respecto a Enfermería, ¿cómo es la demanda de atención?
- 4) ¿Cuánta demanda de atención de adultos tiene representada en grupo etareo y afección propiamente dicha?
- 5) ¿Qué especialidades ofrece el centro de salud?
- 6) ¿Dentro de la demanda están clasificadas por patologías? ¿Dentro de las patologías se pueden tomar datos de las edades de los pacientes con HTA?
- 7) Población hipertensa, ¿cómo está medicada? ¿Hay registro de la medicación que toman los pacientes con HTA?
- 8) ¿Cuándo se le termina la medicación a un paciente, como lo resuelve? 9) ¿Enfermería trabaja en forma interdisciplinaria o sólo realiza actividades independientes?

