



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO Y HÁBITOS DE SUEÑO EN
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL S.C.S DE
PACCHA, CANTÓN CUENCA. 2014**

Tesis previa a la obtención
del título de médico

AUTORES: AGUILAR CRIOLLO LUIS MARCELO
AGUIRRE GAONA ELFER JESSYN

DIRECTOR: DR. JOSÉ RICARDO CHARRY RAMÍREZ

CUENCA – ECUADOR

2015



RESUMEN

La HTA es una patología prevalente, asociándose a su al control el sedentarismo, el consumo de tabaco y los trastornos del sueño.

Objetivo: establecer la actividad física, trastornos de sueño y consumo de tabaco en personas con hipertensión arterial de la parroquia Paccha, cantón Cuenca, 2014.

Metodología: estudio descriptivo, realizado en 91 pacientes con HTA de la Parroquia Paccha, mediante entrevista se recolectó variables demográficas (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, etc.), además de conocer sus hábitos (consumo de tabaco, actividad física y hábitos de sueño). Se analizaron los datos en el programa SPSS v. 15, mediante tablas simples de frecuencias y porcentajes, medias y desviación estándar de las variables cuantitativas.

Resultados: media de edad de $67,38 \pm 12,93$ años; en esta población se determinó una frecuencia de 22% de HTA mal controlada, la frecuencia de inactividad física fue del 71,4%; el 14,3% de los pacientes presentó una baja dependencia a la nicotina, el 5,5% con dependencia moderada y el 1,1% con dependencia alta. La alteración del sueño más frecuente de la población, fue el despertarse durante la noche con el 65,9%.

Conclusiones: la falta de actividad física, el consumo de tabaco y los trastornos del sueño se encuentran de manera frecuente en la población de hipertensos, sin presentar relaciones estadísticamente significativas entre los posibles factores de riesgo estudiados con la HTA no controlada.

Palabras Claves: HIPERTENSIÓN, EJERCICIO FÍSICO, NICOTINA, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO



ABSTRACT

The HTA (Hypertension) is a prevalent pathology which is associated to physical inactivity, tobacco use and sleeping disorders.

Objective: To establish an physical activity, sleeping disorders and tobacco use in people with Hypertension (high blood pressure) of Paccha parish district of Cuenca, 2014

Methodology: Descriptive study, performed in 91 patients with HTA of the Paccha parish, by means of interview were collected demographic variables (age, sex, level of education, marital status, occupation, etc.), besides knowing their habits (tobacco use, physical activity, and sleeping disorders). Data from the SPSS v.15 was analyzed, using simple spread sheets of frequency and percentages, average and standard deviation of the quantitative variables.

Results: Age media of $67,38 \pm 12,93$ years; a frequency of 22% of poorly controlled HTA was detected, the frequency of physical inactivity was on 71,4%; 14,3% of the patients showed a low dependency of nicotine, 5,5% with a moderate dependency and 1,1% with a high dependency. The most frequent sleep disturbance on the population which is waking up during the night was 65,9%

Conclusions: The lack of physical activity, smoking and sleep disorders are frequently in hypertensive population, without presenting any statistically significant relationship between possible risks factors studied with uncontrolled HTA.

Key Words: HYPERTENSION, PHYSICAL EXERCISE, NICOTINE, BEGINNING SLEEPING DISORDERS AND KEEPING ASLEEP.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
INDICE DE CUADROS	7
INDICE DE TABLAS	7
CLAUSULAS DE DERECHOS DE AUTOR	9
CLAUSULAS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	11
DEDICATORIA.....	14
CAPÍTULO I	17
1.1. INTRODUCCIÓN	17
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	19
CAPÍTULO II	21
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	21
2.1 Definiciones	21
2.1.1 Hipertensión Arterial:	21
2.2 Epidemiología de HTA	21
2.3 Factores de riesgo	22
2.4 Hábitos de vida	24
2.4.1 Influencia de los hábitos de vida en hipertensos	25
CAPÍTULO III	29
3. OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo general.....	29
3.2 Objetivos específicos	29



CAPÍTULO IV	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO	30
4.1 Tipo de estudio:.....	30
4.2 Área de estudio:	30
4.3 Universo y muestra:	30
4.3.1 Criterios de inclusión.....	30
4.3.2 Criterios de exclusión.....	30
4.4 Variables	30
4.4.1 Operacionalización de variables	30
4.5 Métodos, técnicas e instrumentos.....	31
4.6 Procedimientos	32
4.6.1 Autorización:	32
4.6.2 Capacitación:	32
4.6.3 Supervisión:	32
4.7 Plan de análisis de datos	32
4.8 Aspectos éticos	32
CAPÍTULO V	33
5. RESULTADOS	33
5.1 Cumplimiento del estudio.....	33
5.2 Características demográficas de la población hipertensa	33
5.3 Valoración nutricional.....	34
5.4 Valoraciones de tensión arterial	35
5.5 Valoración de la actividad física	37
5.5.1 Valoración de la actividad física.....	37
5.6 Valoración del hábito de fumar.....	37
5.6.1 Dependencia a la nicotina.....	37
5.7 Valoración de los hábitos del sueño.....	38



5.7.1 Valoración de los componentes de la encuesta de valoración de hábitos del sueño.....	38
5.7.2 Componente 1: Importancia del sueño y horas que duerme*	38
5.7.3 Componente 2: Insomnio	39
5.7.4 Componente 3: Roncar	39
5.7.5 Componente 4: Apnea del sueño	40
5.7.6 Componente 5: Hipersomnias	40
5.7.7 Componente 6: Medicamentos para dormir	41
5.7.8 Componente 7: Pesadillas	41
5.7.9 Componente 8: Sonambulismo.....	42
5.7.10 Componente 9: Orinarse en la cama	42
5.8 Análisis de la población hipertensa según actividad física.....	43
5.9 Análisis de la población hipertensa según dependencia a la nicotina.....	43
5.10 Análisis de la población hipertensa según alteraciones del sueño.....	44
CAPÍTULO VI.....	46
6. DISCUSIÓN	46
CAPÍTULO VII.....	50
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
7.1 CONCLUSIONES	50
7.2 RECOMENDACIONES	51
CAPÍTULO VIII.....	52
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
CAPÍTULO IX.....	57
9. ANEXOS	57
9.1 Consentimiento informado.....	61



INDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Clasificación de la presión arterial en adultos 21

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según características socio-demográficas, Cuenca 2015 33

Tabla 2 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según presencia de antecedentes familiares de HTA. Cuenca. 2015.. 34

Tabla 3 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según Estado Nutricional. Cuenca. 2015..... 34

Tabla 4 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según valoración de la tensión arterial, Cuenca 2015. 35

Tabla 5 Frecuencia de HTA no controlada. Parroquia Paccha, Cuenca 2015..... 36

Tabla 6 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según la actividad física. Cuenca. 2015. 37

Tabla 7 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según la dependencia a la nicotina, Cuenca 2015. 37

Tabla 8 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según importancia del sueño y horas que duerme al día, Cuenca 2015. 38

Tabla 9 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según insomnio, Cuenca 2015..... 39

Tabla 10 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según la frecuencia de ronquidos, Cuenca 2015. 39

Tabla 11 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según frecuencia de apnea del sueño, Cuenca 2015. 40

Tabla 12 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según componentes para hipersomnia, Cuenca 2015..... 40

Tabla 13 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según uso de medicamentos para dormir. Cuenca. 2015. 41

Tabla 14 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según presencia de pesadillas. Cuenca. 2015..... 41

Tabla 15 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según presencia de sonambulismo. Cuenca. 2015..... 42



Tabla 16 Distribución de 91 pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según orinar en la cama. Cuenca. 2015.....	42
Tabla 17 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según valoración de la HTA y características de la actividad física. Cuenca. 2015.....	43
Tabla 18 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según HTA y dependencia a la nicotina. Cuenca. 2015.	43
Tabla 19 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según HTA y alteraciones del sueño. Cuenca. 2015.....	44
Tabla 4 1 Diferencias en números absolutos de valores de Tensión Arterial Sistólica según las mediciones llevadas a cabo, Cuenca 2015.....	35
Tabla 4 2 Diferencias en números absolutos de valores de Tensión Arterial Diastólica según las mediciones llevadas a cabo, Cuenca 2015.....	36
Tabla 18 1 Análisis del riesgo de HTA no controlada según el consumo de tabaco por los pacientes en estudio. Cuenca. 2015.....	44



CLAUSULAS DE DERECHOS DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Luis Marcelo Aguilar Criollo, autor de la tesis titulada **“ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO Y HÁBITOS DE SUEÑO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL S.C.S DE PACCHA, CANTÓN CUENCA. 2014”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Junio de 2015



Luis Marcelo Aguilar Criollo
CI. 0104775507



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Elfer Jessyn Aguirre Gaona, autor de la tesis titulada **“ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO Y HÁBITOS DE SUEÑO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL S.C.S DE PACCHA, CANTÓN CUENCA. 2014”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Junio de 2015



Elfer Jessyn Aguirre Gaona
Cl. 0703413393



CLAUSULAS DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Elfer Jessyn Aguirre Gaona autor de la tesis "ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO Y HÁBITOS DE SUEÑO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL S.C.S DE PACCHA, CANTÓN CUENCA. 2014" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Junio de 2015



Elfer Jessyn Aguirre Gaona
CI. 0703413393



Luis Marcelo Aguilar Criollo autor de la tesis **“ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO Y HÁBITOS DE SUEÑO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL S.C.S DE PACCHA, CANTÓN CUENCA. 2014”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Junio de 2015



Luis Marcelo Aguilar Criollo
CI. 0104775507



AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado, a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

Le doy gracias a mis padres Ángel y Cecilia por ser mi apoyo y pilar fundamental durante este largo trayecto, por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación, y sobre todo por ser mi ejemplo de vida.

A mi hermano Juan por ser parte importante de mi vida y por llenar mi vida de alegrías cuando más lo he necesitado.

A mi abuelito Luis Antonio aunque ya no esté presente físicamente conmigo por haber creído en mí hasta el último momento.

De manera muy especial agradezco a mi abuelita Luisa por haberme inculcado valores como responsabilidad, humildad y respeto y por ser un ejemplo de vida a seguir.

A mi amigo y compañero de tesis Jessyn por estar siempre ahí cuando más lo he necesitado en las buenas y en las malas, por haber compartido muchos momentos de nuestra vida universitaria y sobre todo por su gran amistad.

LUIS AGUILAR



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, a mis padres Ángel y Cecilia, a mi hermano y amigos quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía esta tesis.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se les debo por su apoyo incondicional.

LUIS AGUILAR



AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios y mi familia por el gran apoyo que me han brindado a lo largo de toda mi carrera, hasta conseguir este objetivo tan importante como lo es para mí.

A mi gran novia que me ha sabido impulsar y motivar a continuar en los momentos más difíciles de mi vida y me ha ayudado a superar cada momento en los que las dificultades se han presentado.

JESSYN AGUIRRE



DEDICATORIA

Esta obra va a dedicada a cada una de las personas que de una u otra manera ha sabido acompañarme, aconsejarme y dirigirme en el camino correcto para desempeñarme de la mejor manera en cada uno de los objetivos que he planteado en mi vida y que de seguro continuaran ahí en mis próximas metas.

JESSYN AGUIRRE



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y de ceguera (1).

Además menciona que la prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África con el 46% de los adultos y la más baja en las Américas (35%). En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud (1).

Según Creagh, la hipertensión arterial se presenta como la enfermedad crónica- degenerativa de mayor prevalencia mundial, ya que contribuye aisladamente o asociada a otros factores de riesgo a la aparición de mayores problemas cardiacos y cerebrovasculares, los cuales elevan significativamente los índices de morbilidad y mortalidad nacionales e internacionales. En el mundo se estima que 692 millones de personas la padecen, de ellos 15 millones de muertes son causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones por enfermedades coronarias y del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica e hipertensión arterial, la cual está presente en la mayoría de ellas, constituyendo así un factor de riesgo importante para otras enfermedades letales como son: Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardiaca, Enfermedades Cerebrovasculares, Insuficiencia renal y Retinopatías (2).

Como se muestran en las estadísticas la prevalencia de HTA es elevada y aumenta más en países en vías de desarrollo, como el nuestro, dentro de las acciones preventivas que engloban hábitos y costumbres de la población para



lograr un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y su relación con el ambiente.

La importancia de los factores que influyen en el deterioro de la salud de los pacientes con HTA es aún incierta en nuestra población ya que, no se ha evaluado; por lo tanto, se pretende estudiar los factores establecidos en la población hipertensa que acude al SCS de Paccha en el Cantón Cuenca.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país, Según la Agencia Andes, de cada 100.000 personas, 1.373 tienen problemas de hipertensión, así lo revela el informe del 2012 de la OMS. Anualmente esta enfermedad causa la muerte a 9,4 millones de personas en el mundo (3). Aguas en un estudio llevado a cabo en Carchi estableció la prevalencia de HTA en 32% (4); Garcés en un estudio hecho en Santa Elena estableció que el 18% de la población evaluada sufría de HTA; y añade que la hipertensión arterial constituye una causa muy importante de morbimortalidad en el mundo occidental, el diagnóstico de hipertensión condiciona un estado clínico en donde la expectativa de vida del paciente se acorta y la calidad de vida se altera. La mitad de pacientes infartados son hipertensos, dos terceras partes de pacientes con stroke, son hipertensos (5).

Como se ha visto la HTA presenta una prevalencia elevada en nuestra población, y generan morbilidad; ahora, existen hábitos o estilos de vida inadecuados que podrían estar generando un aumento de esta patología; reconocer a tiempo estos factores de riesgo han demostrado que contribuyen en mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, es así como Rodríguez y col. en un ensayo clínico aleatorio, en España, con 2 grupos Grupo Intervención (GI) y Grupo control (GC), encontraron que PA basal 136,8/82,7 mmHg en GI y 139,3/79,3 mmHg y en GC, RCV:11,1% (GI) y 12,3% (GC). La PA sistólica descendió $5,6 \pm 19,6$ mmHg en GI, y $7,1 \pm 16$, mmHg en GC, la diastólica $3,9 \pm 10,8$, y $2,7 \pm 11$, mmHg respectivamente. El IMC descendió $0,3 \pm 1,6$ puntos en GI, y aumentó $0,1 \pm 1,5$ en GC. El RCV descendió $0,8 \pm 6,5$ puntos en GI y aumentó $0,2 \pm 6,8$ en GC, el efecto de la intervención fue un descenso de 1 punto (IC95%:-3,9-1,9). La ingesta disminuyó en GI:



42,8±1141,2 Kcal/día, y en GC: 278,9±1115,9. El ejercicio (mets/hora/semana) aumentó en ambos, 3,6±19 en GI y 3,9±14,9 en GC.

Estos autores pudieron demostrar que existe un mayor descenso del riesgo cardiovascular en el grupo de intervención, sin existir diferencias estadísticamente significativas en los parámetros evaluados entre ambos grupos (6).

Por lo tanto, la HTA abarca un amplio rango en el perfil epidemiológico del país, además se halla relacionado con diferentes factores determinantes de la salud. Con este estudio se pretende conocer la actividad física, los hábitos de sueño y el consumo de tabaco en la población hipertensa que acude al SCS de Paccha, ya que no se cuenta con datos locales y es importante conocer la realidad de nuestra población al respecto de este tema.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Está demostrado que malos hábitos, producen mayor riesgo de patología cardiovascular, HTA, y otras enfermedades que son totalmente prevenibles si estos hábitos fueran conocidos y se interviniera a tiempo, el objetivo del estudio es crear una línea de base en Paccha, conocer la realidad sobre el tema en esta comunidad de esta manera con datos locales poder trabajar en medidas preventivas y/o fortalecer los programas ya existentes del MSP.

El tema se justificó en vista que si tomamos en cuenta que la salud de la comunidad y los habitantes es prioridad nacional, la importancia es capital, en el Artículo 358 de la Constitución reza: “El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional” (7).

Por lo tanto, de este estudio los beneficiarios serán los hipertensos de Paccha primeramente y sus familias, además se beneficiara el sistema de salud, pues



conociendo dichos hábitos que tiene la población es una oportunidad para intervenir, reduciendo así costos posteriores en atenciones curativas e ingresos hospitalarios.

Los resultados se difundirán por todos los medios disponibles a nivel científico, a la institución de Salud SCS Paccha.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definiciones

2.1.1 Hipertensión Arterial: según el JNC 7, la Cuadro 1 proporciona una clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años: Dicha clasificación está basada en la media de dos ó más medidas correctas, sentado en cada una de dos ó más visitas en consulta. En contraste con la clasificación del 6 Informe JNC, se añade una nueva categoría denominada prehipertensión, y los estadíos 2 y 3 han sido unidos. Los pacientes con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los situados en cifras de 130- 139/80-89 mmHg tienen doble riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras menores (8).

Cuadro 1 Clasificación de la presión arterial en adultos

Clasificación PA	PAS mmHg	PAD mmHg	Estilos de Vida
Normal	<120	Y < 80	Estimular
Prehipertensión	120-139	ó 80-89	Si
HTA: Estadio 1	140-159	ó 90-99	Sí
HTA: Estadio 2	>160	ó >100	Sí

Tomado de: Séptimo Informe del Joint National Committee on Prevention JNC (8).
Disponible en <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>

2.2 Epidemiología de HTA

La Hipertensión Arterial (HTA), se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a una considerable parte de la población. Según la Organización Panamericana de Salud (2001), la Hipertensión Arterial afecta a más de 140 millones de personas en la región, con el agravante de que más del 50% de ellas ni siquiera lo sabe. Esto se debe probablemente en opinión de dicha fuente a que esta enfermedad, es una afección silenciosa que no siempre presenta síntomas (9).



Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen esta enfermedad. En el año 2002, representaron el 60% de todas las defunciones y el 47% de las causas de morbilidad en todo el mundo; De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, se estima en 7,1 millones el número de muertes mundial debidas a la hipertensión arterial, cifra que representa el 13% de la mortalidad total (Informe sobre la Salud en el Mundo, 2002). Reducir los Riesgos y promover una vida sana (9).

En la mayoría de los países la prevalencia se oscila entre un 15% y 30%. De igual forma, la se estima que para el año 2020, se espera que estas cifras asciendan a 73% de morbilidad y 60% de mortalidad, respectivamente (10).

El carácter silencioso y la ausencia de síntomas que en muchos casos acompaña la HTA, constituye uno de los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares, renales, enfermedades isquémicas unas de las principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países.

2.3 Factores de riesgo

Toral, en el 2014, en su investigación hecha en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, encontró que la media de edad fue de 66 ± 16 años, el 54.3% fueron mujeres, 62.2% residían en el área urbana y la mediana de años de instrucción fue 6. La prevalencia de HTA fue 52.4% (IC 95%: 47.8-57.0), en los hombres del 45.2% y en las mujeres del 58.4%, y la asociación fue estadísticamente significativa con el sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus y antecedentes familiares con HTA ($p < 0.05$), y no hubo asociación con el sobrepeso, obesidad y tabaquismo (11).

Díaz y cols., encontraron en una población de 354 de las cuales 237 (67%) eran mujeres, La media de la edad población fue 41,7 años, con promedios similares para ambos sexos (41,5 para las mujeres y 42,1 para los hombres). En relación a la prevalencia de HTA según el sexo, observamos una diferencia significativa entre ambos, 27 % mujeres y 36,7% hombres ($p = 0,04$). Tabaquismo: encontraron una prevalencia del 40 % ($n = 142$). En cuanto a la frecuencia del consumo tabaco por sexo, el 36,7% son mujeres y 47% son



hombres. El rango etario que presentó mayor prevalencia fue de 18-40 años. Actividad física: Del total de personas encuestadas, un 82% no realiza actividad física; cabe aclarar que esta categoría incluye a quienes nunca realizan actividad (61%) y quienes la realizan menos de 2 veces por semana (21%). Los porcentajes de sedentarismo o inactividad física en ambos sexos fueron muy similares (mujeres 81% y hombres 83%) (12).

Donado en el 2010, en un estudio colombiano encontró, que dentro de los factores de riesgo no modificables con significancia estadística se encontraron la edad por encima de los 60 años y antecedente de hipertensión entre los hermanos naturales. Entre los factores de riesgo modificables con significancia estadística se encontraron el analfabetismo, la diabetes y el síndrome metabólico. La hipertensión arterial prevalece más, sin alcanzar significancia estadística, entre los negros que entre los mestizos o blancos, más entre los que residen en el área urbana que en los que habitan en el área rural, donde todos reconocen su condición de enfermos, pero ninguno está controlado, presentando los estadios más graves de la enfermedad (13).

Donado, además menciona que la prevalencia de hipertensión arterial es más alta en las personas con los siguientes hábitos: tabaquismo: 22,86%, alcoholismo: 20,83%, consumo de sal adicional en las comidas: 25,93%. No se halló hipertensión arterial entre las que consumían anticonceptivos orales y se encontró que los hipertensos realizaban más actividad física que los normotensos, posiblemente como parte del tratamiento no farmacológico. Así mismo, quienes presentan trastornos metabólicos como: obesidad, sobrepeso, trastorno en el metabolismo de los carbohidratos, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia o dislipidemia tienen mayor prevalencia de hipertensión que aquellos casos incluidos dentro de los menores de 60 años, han realizado estudios técnicos, laboren como empleado u obrero, carezcan de antecedentes dentro del primer o segundo grado de consanguinidad y tengan peso y cifras de glicemia dentro de lo normal (13).



2.4 Hábitos de vida

La OMS recomienda que se adopte hábitos de vida saludables a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano (14).

Resaltando la importancia del conocimiento sobre los hábitos de la vida cotidiana frente a las enfermedades, Espinosa expone que en el análisis específico de las enfermedades crónicas, nos encontramos factores de riesgo que son indistintamente de carácter biológico o social, así se señala en el caso de las enfermedades cardiovasculares factores tales como: el hábito de fumar, la hipercolesterolemia y la dieta, así como la hipertensión arterial; en el caso del cáncer bucal se señalan factores como: el genético, la dieta, el tabaco como los fundamentales; en las caries dental esto está dado generalmente por una deficiente higiene bucal y una dieta hipercariogénica. De ahí que se reafirme una vez más la importancia que tiene el modo y estilo de vida en el proceso salud-enfermedad (15).

La actividad cotidiana puede condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el tipo de trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico (15).

El hábito de fumar es la causa de muerte y enfermedad con mayores posibilidades de prevención en los adultos. Fumar contribuye sustancialmente a enfermedades como Cáncer, Cardiovasculares, Respiratorias Crónicas (enfisema y obstructivas crónicas) entre otras.



Datos de la región de las Américas nos muestran que 1 de cada 4 hombres mayores fuman. Y aunque algunos piensen que si uno ha fumado toda la vida y no le ha pasado nada, el sólo hecho de dejar de fumar trae un beneficio para su salud cardiovascular y respiratoria. (16)

Inmediatamente después de fumar un cigarrillo, por efecto de la nicotina, aumentan en el organismo los niveles de catecolaminas que provocan contracción de los vasos sanguíneos. Como consecuencia, es necesaria más fuerza para que la sangre se mueva por conductos más estrechos; es así como se elevan las cifras de presión arterial. (17)

2.4.1 Influencia de los hábitos de vida en hipertensos

Surama y col. en el 2009, realizaron un estudio transversal con el objetivo de establecer la relación existente entre los trastornos del sueño y la Hipertensión Arterial. La muestra estuvo formada por el total de 206 pacientes hipertensos pertenecientes a tres consultorios médicos del Policlínico Universitario Turcios Lima en el municipio de Pinar del Río, en el periodo comprendido de enero 2006 a diciembre de 2006. Para dicho estudio se aplicó una encuesta donde se recogen datos relacionados con los trastornos del sueño más frecuentes que presentaban los pacientes. Se utilizó el método estadístico de la prueba de hipótesis de comparación de proporciones para los niveles de significación hasta 1%. Se obtuvo como resultado un elevado por ciento (81,07%) de pacientes con trastornos del sueño, el insomnio y el ronquido resultaron los trastornos más frecuentes, un tercio de los pacientes refirió síntomas subjetivos de apnea obstructiva del sueño y la mitad de los pacientes ingerían psicofármacos para dormir (18)

Solera y colaboradores estudiaron la influencia de los hábitos de vida en el cáncer en una muestra de pacientes españoles, encontrando que en su estudio resultan factores protectores de CCR: hacer ejercicio físico, consumo moderado de alcohol, consumo de aceite de oliva e ingestión de agua. (19).

Caluña y cols., en su estudio realizado en Bolívar, evaluando los hábitos de vida en pacientes hipertensos, dentro de sus hallazgos más importantes resaltan: 4 de cada 10 encuestados manifiestan que la actividad física es muy



importante para mantenerse sanos y saludables, 2 de cada 10 pacientes encuestados considera que la actividad física es poco importante, porque desconocen los beneficios de la actividad física y 3 de cada 10 pacientes encuestados expresan que la actividad física no es importante eso quiere decir que con el transcurso del tiempo estos pacientes son más propensos a adquirir complicaciones (20).

El 52% expresa que si realizan la actividad física ya que el clima favorece a la actividad física, el 48% no lo realizan debido a su edad avanzada y otras personas no realizan la actividad física por falta de interés, mientras que en otro grupo poblacional las personas encuestadas manifiestan en un 40% si realizan actividad física por lo que estos pacientes se dedican a la agricultura y ganadería y esto favorece a la misma y el 60% no lo realiza debido a su edad y por el clima que no favorece para realizar la actividad física(20).

Acuña y Cortes en el 2012, en Costa Rica menciona que los aspectos básicos de hábitos de vida saludables como alimentación saludable, actividad física, manejo de stress, no ingesta de sustancias tóxicas, entre otros deben ser promovidos pues reducen la presentación de enfermedades y mejoran la calidad de vida de los pacientes; estas autoras evaluaron un programa de 6 meses donde se vio resultados en la calidad de vida (21).

En Perú, Guerrero, tras realizar su estudio de tesis sobre hábitos de vida en hipertensos, concluye al respecto, que el descanso o sueño es parcialmente saludable; permanecen frente al televisor 3 horas diarias, duermen 7 a 8 horas diarias y hacen siesta de 1/2 hora después de almorzar; en actividad física es saludable; realizan sus ejercicios diariamente, más de 3 horas a la semana, en las mañanas y consideran tener una actividad física muy activa; en control del estrés es parcialmente saludable; asisten siempre al Club del adulto mayor y participan en terapias de ejercicios de relajación; en adherencia al tratamiento es saludable; toman medicamentos como el captopril, enalapril, amlodipino; asisten al programa de hipertensión continuamente, a las consultas y cumplen las recomendaciones dadas en el programa; y en hábitos nocivos es



parcialmente saludable; no consumen bebidas alcohólicas, no consumen café y no fuman (22).

En lo que respecta a la actividad física, Moraga menciona que al paciente hipertenso se le debe orientar y motivar a realizar ejercicio físico para que mejore su presión arterial y disminuya sus factores de riesgo coronario. El ejercicio en estas poblaciones ha demostrado ser una buena herramienta terapéutica. Se ha visto que pacientes hipertensos físicamente activos tienen menor tasa de mortalidad que los sedentarios, además en su estudio, han demostrado que el ejercicio aeróbico está asociado con una reducción de 4,9/3,7 mmHg en la presión arterial en pacientes hipertensos, descenso que no varía según la frecuencia o intensidad del ejercicio, sugiriendo así, que todas las formas son efectivas (23).

Cordente y colaboradores en un estudio encontró que resultaron inactivos el 13,2% de los varones y el 36,4% de las mujeres. Los promedios para las PA sistólica/diastólica fueron de 125,6/71,3 mmHg en los varones y 118/69,4 mmHg en las mujeres, pero sólo se detectó influencia del nivel de actividad física en la PA diastólica para los varones. Presentaron tendencia al sobrepeso el 48,27% de las mujeres frente al 13,53% de los hombres. En el caso de las mujeres se encontró relación entre adiposidad corporal y nivel de actividad física. El nivel de actividad física se presenta como un factor asociado a la salud de los adolescentes, si bien se manifiesta de forma distinta en cada sexo. En los hombres afecta significativamente a la PA diastólica, mientras que en las mujeres su influencia se detecta en el grado de adiposidad corporal (24).

Pérez y colaboradores tras realizar un programa de intervención de actividad física basado en actividades aeróbicas, realizadas como mínimo 3 veces por semana de acuerdo con la capacidad funcional demostrada en cada caso, encontrando que los siguientes parámetros cambiaron significativamente: el nivel promedio de la tensión sanguínea disminuyó de 145/95 a 133/88 en reposo y 163/105 a 148/95 en cargas submáximas, la frecuencia cardíaca de 78,4 a 73,9 (basal) y 137,1 a 127,6 latidos por minuto la submáxima; el peso corporal de 78,9 a 76,0; el % GC de 33,5 a 31,2%, el IMC de 27,2 a 25,9 kg; el VO_2 Max aumentó de 30,9 a 34,4 ml O_2 /Kg/min, mientras se observaron



mejorías en el perfil hematológico con tendencias a la misma en algunos parámetros: glicemia 5,63 a 5,35 mmol/L; el colesterol Total 5,85 a 5,40 mmol/l triglicéridos 2,13 a 1,79; HDL 0,8 a 0,94 y creatinina de 98 a 94 (25).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la actividad física, consumo de tabaco y hábitos de sueño en personas con hipertensión arterial que acuden al S.C.S Paccha, Cantón Cuenca, en el 2014.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población de acuerdo a edad, sexo, estado civil, ocupación, e instrucción.
2. Determinar los diferentes trastornos del sueño que practican los hipertensos de la parroquia Paccha.
3. Identificar el nivel de actividad física que realizan los pacientes hipertensos.
4. Evaluar el grado de consumo de tabaco en la población hipertensa en la parroquia Paccha.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio: estudio de tipo analítico y de corte transversal, llevado a cabo en un grupo de 91 pacientes con HTA que acudieron al SCS de la Parroquia Paccha del Cantón Cuenca durante el 2014.

4.2 Área de estudio: Sub-centro de Salud Parroquia Paccha de la ciudad de Cuenca – Azuay.

4.3 Universo y muestra: según datos proporcionados la Dirección del SCS de Paccha y, según el diagnóstico situacional de la comunidad del año 2013, existen 91 pacientes con HTA. Se investigara a la totalidad de esta población.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos.
- Todos los pacientes que aceptaron formar parte del estudio con el consentimiento informado.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Se excluyeron pacientes con trastornos del estado cognitivo y emocional, y que no pudieron llevar a cabo la encuesta.

4.4 Variables

Variabes: edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, antecedentes familiares, actividad física, trastornos de sueño y consumo de tabaco.

4.4.1 Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Periodo de tiempo entre el nacimiento hasta la evaluación	Temporal	Tiempo en años cumplidos	Cuantitativo Menor a 19 años 20-30 años 21-40 años 41-50 años 51-60 años Mayor a 60 años
Sexo	Características fenotípicas que	Fenotipo	Caracteres sexuales	Nominal ➤ Mujer



	determinan las diferencias entre hombre y mujer.		secundarios.	➤ Hombre
Estado civil	Situación legal en relación a su pareja.	Legal	Encuesta	Nominal ➤ Soltero ➤ Casado ➤ Viudo ➤ Divorciado ➤ Unión libre
Ocupación	Trabajo o actividad a la que dedica la mayor parte de su tiempo ya sea remunerado o no	Laboral	Encuesta	Nominal ➤ Comerciante ➤ Agricultor ➤ Chofer ➤ QQDD ➤ Obrero ➤ Artesano ➤ Otros
Nivel de instrucción	Localización del estudiante según la escala de años de estudio para la aprobación de la carrera	Educativa	Encuesta	Ordinal ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Superior ➤ Cuarto nivel ➤ Ninguna
Antecedentes familiares	Presencia de HTA en familiares directos	Biológica	Encuesta	Nominal ➤ SI ➤ NO
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía	Física	Resultados del test de actividad física	Nominal ➤ Sedentario ➤ Activo
Trastornos de sueño	Conductas que ejercen efectos positivos o negativos sobre el dormir. En cualquiera de sus etapas: inicio, mantención, despertar y vigilia	Social	Encuesta sobre hábitos sobre dormir	➤ Horas que duerme ➤ Toma alguna droga para dormir ➤ Problemas para quedarse dormido ➤ Se despierta durante la noche
Consumo de tabaco	Conducta de adicción crónica hacia el tabaco, que puede llegar a producir dependencia física y psicológica así como patologías derivadas de este consumo.	Biológica	Resultados del Test de Fagerstrom	Ordinal ➤ Dependencia baja ➤ Dependencia moderada ➤ Dependencia alta ➤ No fuma

Elaborado por: Aguilar J. y Aguirre J.

4.5 Métodos, técnicas e instrumentos

Métodos: Se llevó a cabo este estudio, mediante un método observacional.



Técnicas:

- La técnica utilizada fue la entrevista con los pacientes seleccionados, de esta manera se consultaron sobre los estilos de actividad física, del sueño y de tabaquismo.
- **Instrumentos:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1) y un Consentimiento informado (Anexo 2).

4.6 Procedimientos

4.6.1 Autorización: Fue requerida las autorizaciones de la Escuela de Medicina, del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas y la autorización por escrito del paciente al que se le realizó la entrevista.

4.6.2 Capacitación: No se requirió capacitación previa para la realización del trabajo de investigación.

4.6.3 Supervisión: En todo el proceso investigativo se contó con la supervisión del director, asesor y directora del SCS de Paccha.

4.7 Plan de análisis de datos

Los datos fueron ingresados en un base en programa SPSS V.15 para Windows, posteriormente se realizó en base a los datos propuestos el análisis respectivo se obtuvieron medidas estadísticas descriptivas: frecuencias relativas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión; se presentan en tablas simples de frecuencias y porcentajes.

4.8 Aspectos éticos

La información de los pacientes fue de exclusivo uso investigativo, para lo cual se diseñó un formulario anónimo, no se divulgaron los datos personales, se contó con un documento de consentimiento informado para que el paciente al ser encuestado libre y voluntariamente nos mencionó su deseo o no de participar en el estudio.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

La identificación de los pacientes hipertensos no reveló mayor complejidad, mediante el registro de la Unidad Operativa se logró cumplir con este fin; la recolección de los datos en los 91 pacientes fue llevada a cabo por los investigadores mediante el uso de una encuesta dentro de una entrevista con el paciente hipertensos, no se registrar pérdidas de casos, los resultados de estas encuestas en la totalidad de la población se citan a continuación:

5.2 Características demográficas de la población hipertensa

Tabla 1 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según características socio-demográficas, Cuenca 2015

Variables	N=91	%=100
Edad	30 - 40 años	2,2
	41 - 50 años	6,6
	51 - 60 años	18,7
	Más de 60 años	72,5
Sexo	Mujer	76,9
	Hombre	23,1
Estado civil	Casado/a	57,1
	Divorciado/a	3,3
	Soltero/a	17,6
	Viudo/a	22,0
Ocupación	Agricultor	11,0
	Artesano	8,8
	Chofer	4,4
	Comerciante	3,3
	Obrero	7,7
	Otros	7,7
	QQDD	57,1
Nivel de Instrucción	Ninguna	30,8
	Primaria	57,1
	Secundaria	11,0
	Superior	1,1

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J,

\bar{X} = 67,38 años; DE= 12,93 años



Analizando las características demográficas encontramos que los pacientes de más de 60 años fueron los más numerosos con el 72,5%; también existe una diferencia porcentual importante en el sexo donde las mujeres representan el 76,9%; también se evidencia que mayormente esta población fue casada (57,1%), de ocupación Quehaceres Domésticos (57,1%) y con el 52% de nivel de instrucción primaria.

5.3 Antecedentes patológicos familiares

Tabla 2 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según presencia de antecedentes familiares de HTA. Cuenca. 2015..

Antecedentes de HTA	Frecuencia	Porcentaje
No	45	49,5
Si	46	50,5
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

El 50,5% de la población presentó antecedentes familiares de HTA.

5.3 Valoración nutricional

Tabla 3 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según Estado Nutricional. Cuenca. 2015.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición	2	2,2
Normal Nutrición	22	24,2
Sobrepeso	44	48,4
Obesidad	23	25,2
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

El estado nutricional fue obtenido en base al IMC de los pacientes, visibilizando que el sobrepeso fue la alteración nutricional más prevalente con el 48,4%; es decir, aproximadamente 1 de cada 2 pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha posee sobrepeso; la frecuencia de obesidad también fue elevada con el 25,2% del total. Presentándose, además, 2 desnutridos.



5.4 Valoraciones de tensión arterial

Los valores de TA fueron variados, se consideran las frecuencias más numerosas en las 4 mediciones llevadas a cabo, las otras mediciones con baja frecuencia se han agrupado en la categoría otras.

Tabla 4 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según valoración de la tensión arterial, Cuenca 2015.

Medición	TAS (mmHg)		TAD (mmHg)	
	Media	DE	Media	DE
1°	133,3	7,1	89,4	9,9
2°	128,5	6,21	86,9	7,1
3°	130,2	7,1	87,3	7,7
4°	128,2	6,3	86,6	7,1

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

La tabla 4 provee los puntajes medios de las mediciones de TA llevadas a cabo, se puede evidenciar que en la primera medición fue el mayor promedio con 133,3 mmHg disminuyendo posteriormente hasta que en la cuarta medición se registró una media de 128,2 mmHg, las diferencias entre las diferentes medidas se pueden observar en números absolutos en la siguiente tabla:

Tabla 4 1 Diferencias en números absolutos de valores de Tensión Arterial Sistólica según las mediciones llevadas a cabo, Cuenca 2015.

TA Sistólica	Medición 1	Medición 2	Medición 3	Medición 4
Medición 1		4,8 mmHg	3,1 mmHg	5,1 mmHg
Medición 2	4,8 mmHg		1,7 mmHg	0,3 mmHg
Medición 3	3,1 mmHg	3,1 mmHg		2 mmHg
Medición 4	5,1 mmHg	0,3 mmHg	2 mmHg	

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

En la presión arterial sistólica la mayor diferencia entre las medias de las mediciones se encontraron entre la primera y cuarta medición donde se puede observar que existe una diferencia de 5,1 mmHg; en los demás casos las diferencias son menores, las diferencias de la tensión arterial diastólica se pueden observar en la tabla 4.2



Tabla 4 2 Diferencias en números absolutos de valores de Tensión Arterial Diastólica según las mediciones llevadas a cabo, Cuenca 2015.

TA Diastólica	Medición 1	Medición 2	Medición 3	Medición 4
Medición 1		2,5 mmHg	2,1 mmHg	2,8 mmHg
Medición 2	2,5 mmHg		0,4 mmHg	0,3 mmHg
Medición 3	2,1 mmHg	0,4 mmHg		0,7 mmHg
Medición 4	2,8 mmHg	0,3 mmHg	0,7 mmHg	

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

Analizando las diferencias en la tensión arterial diastólica, encontrando que la mayor diferencia se observó entre la primera y cuarta medición con una diferencia de 2,8 mmHg, en los demás casos las diferencias fueron menores.

Tras revisar los valores de TA se valoró el control de la misma, se tomó como punto de corte el valor de TA 140/90 mmHg, valores iguales o superiores a éste indicador se consideraron como HTA no controlada:

Tabla 5 Frecuencia de HTA no controlada. Parroquia Paccha, Cuenca 2015.

TA	Frecuencia	Porcentaje
No controlada	20	22,0
Controlada	71	78,0
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

El 22% de la población estudiada presentó HTA no controlada.



5.5 Valoración de la actividad física

Para la valoración de las actividades físicas se les consultó la cantidad de horas de inactividad y de actividades como caminar, se presentan a continuación los puntajes medios de estas variables.

5.5.1 Valoración de la actividad física

Tabla 6 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según la actividad física. Cuenca. 2015.

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Sedentario (Inactivo)	65	71,4
Activo	26	28,6
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

Se encontró que el 71,4% de la población de hipertensos es sedentaria (inactiva) y el resto de la población, realizaba algún tipo de actividad física.

5.6 Valoración del hábito de fumar

Para la valoración de este componente, se usaron los puntos de corte del test de Fagerstrom; que indica: puntajes < 4 dependencia leve, entre 4-7 puntos dependencia moderada y puntajes mayores a 7 puntos dependencia alta.

5.6.1 Dependencia a la nicotina

Tabla 7 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según la dependencia a la nicotina, Cuenca 2015.

Dependencia a la Nicotina	Frecuencia	Porcentaje
No fuma	72	79,1
Dependencia baja	13	14,3
Dependencia moderada	5	5,5
Dependencia alta	1	1,1
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguirre J, Aguilar L.



Tras la valoración según la escala mencionada el 14,3% de los pacientes presentó una calificación menor a los 4 puntos lo que indica una baja dependencia a la nicotina, el 5,5% con dependencia moderada y el 1,1% con dependencia alta.

5.7 Valoración de los hábitos del sueño

Para esta valoración se usó un Cuestionario diseñado por el Instituto de Investigaciones fundamentales del Cerebro en Cuba, que contempla preguntas sobre la calidad del sueño, cuyos resultados se presentan a continuación:

5.7.1 Valoración de los componentes de la encuesta de valoración de hábitos del sueño

5.7.2 Componente 1: Importancia del sueño y horas que duerme*

Tabla 8 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según importancia del sueño y horas que duerme al día, Cuenca 2015.

Importancia del sueño	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	98,9
No	1	1,1
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

* $\bar{X}= 7,02$ DE= 1,25

Se puede observar que en la población de hipertensos el 98,9% considero que es importante el sueño, mientras que la media de horas que los pacientes refirieron dormir fue de $7,02 \pm 1,25$ horas.



5.7.3 Componente 2: Insomnio

Tabla 9 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según insomnio, Cuenca 2015.

Componentes		N=91	%=100
Problemas para quedarse dormido	No	50	54,9
	Si	41	45,1
Despertarse durante la noche	Si	60	65,9
	No	31	34,1
Se despierta más temprano y no puede dormir otra vez	No	54	59,3
	Si	37	40,7

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

El insomnio fue valorado mediante las preguntas que hemos presentado, en un primer acercamiento al análisis observamos que en el 45,1% de los casos los pacientes tuvieron problemas para quedarse dormido, mientras que el 65,9% se despiertan en la noche con una media de 1,88 veces \pm 0,73 veces por noche; por último el 40,7% de los pacientes refirió que se despierta muy temprano y no puede dormirse otra vez.

5.7.4 Componente 3: Roncar

Tabla 10 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según la frecuencia de ronquidos, Cuenca 2015.

Roncar	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	62,6
No	34	37,4
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

Este trastorno del sueño se identificó mediante el uso de una única pregunta, en la cual se determinó que el 62,6% ronca durante la noche mientras que el 37,4% no lo hace.



5.7.5 Componente 4: Apnea del sueño

Tabla 11 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según frecuencia de apnea del sueño, Cuenca 2015.

Apnea del sueño	Frecuencia	Porcentaje
No	66	72,5
Si	25	27,5
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

La frecuencia de apnea del sueño se presentó en el 27,5% de los casos.

5.7.6 Componente 5: Hipersomnia

Tabla 12 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según componentes para hipersomnia, Cuenca 2015.

Componente		N=91	%=100
Duerme demasiado durante el día	No	77	84,6
	Si	14	15,4
Duerme la siesta	Si	68	74,7
	No	23	25,3

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

En la población en estudio se encontró que el 15,4% duerme demasiado durante el día incluso en contra de su voluntad, otro indicador fue que el 74,4% de la población duerme la siesta durante el día.



5.7.7 Componente 6: Medicamentos para dormir

Tabla 13 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según uso de medicamentos para dormir. Cuenca. 2015.

Uso de medicación	Frecuencia	Porcentaje
No	59	64,8
Si	32	35,2
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

El 35,2% de la población usa medicación para poder dormir lo que representa un porcentaje elevado, analizando el tipo de medicamento que refirieron consumir los pacientes el más usado fue la Zoplicona con el 78,12% de los casos que requieren medicación para poder dormir.

5.7.8 Componente 7: Pesadillas

Tabla 14 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según presencia de pesadillas. Cuenca. 2015.

Pesadillas	Frecuencia	Porcentaje
No	76	83,5
Si	15	16,5
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

En el 16,5% de los casos se presentaron pesadillas, mientras que el 83,5% de los pacientes no refirieron esta situación.



5.7.9 Componente 8: Sonambulismo

Tabla 15 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según presencia de sonambulismo. Cuenca. 2015.

Sonambulismo	Frecuencia	Porcentaje
No	73	80,2
Si	18	19,8
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

El sonambulismo fue identificado en el 19,8% de los casos, mientras que el 80,2% no refirió este trastorno del sueño.

5.7.10 Componente 9: Orinarse en la cama

Tabla 16 Distribución de 91 pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según orinar en la cama. Cuenca. 2015.

Orinarse en la cama	Frecuencia	Porcentaje
No	81	89,0
Si	10	11,0
Total	91	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

Se puede evidenciar que en el 11% de los casos los pacientes refirieron orinarse en la cama durante el sueño, el 89% no presentó esta situación.

Dentro del análisis de otros componentes se encontró que el 53,8% de la población refirió que sueña intensamente.



5.8 Análisis de la población hipertensa según actividad física

Tabla 17 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según valoración de la HTA y características de la actividad física. Cuenca. 2015.

Variable	HTA		RR	IC95%	p		
	No controlada n	Controlada %				n	%
Actividad física							
Inactivo (Sedentario)	16	24,6	49	75,4	1,60	0,59 – 4,34	0,496
Activo	4	15,4	22	84,6			

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

En la población que presentó sedentarismo el 24,6% tuvo HTA no controlada, es decir, al menos 1 de cada 4 pacientes sedentarios presentaron un mal control de su HTA; mientras que en la población activa físicamente la frecuencia de HTA mal controlada fue de 15,4%; no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables; aunque en el análisis del riesgo se encontró RR=1,60 pero (IC 95% 0,59-4,34) p=0,496.

5.9 Análisis de la población hipertensa según dependencia a la nicotina

Tabla 18 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según HTA y dependencia a la nicotina. Cuenca. 2015.

Dependencia de Nicotina	HTA			
	No controlada		Controlada	
	n	%	n	%
Alta	0	0	1	100
Baja	2	15,4	11	94,6
Moderada	0	0	5	100
No fuman	18	25	54	75

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.



Se puede observar que en la población que presentó una dependencia baja hacia la nicotina, el porcentaje de la población con HTA no controlada fue del 15,4%; solo superada por los pacientes que no fuman con el 25%. En la siguiente tabla (18.1) se analiza el riesgo de HTA no controlada según el hábito de fumar, mediante la dicotomización de la variable independiente.

Tabla 18 1 Análisis del riesgo de HTA no controlada según el consumo de tabaco por los pacientes en estudio. Cuenca. 2015.

Dependencia de Nicotina	HTA				RR (IC 95%)	X ² YATES	Valor de p
	No controlada		Controlada				
	n=20	%	n=71	%			
Fuma	2	10,50	17	89,5	0,42 (0,11-1,66)	1,09	0,2965
No fuma	18	25	54	75			

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre los pacientes que fuman con la frecuencia de presentación de HTA no controlada, y por supuesto, en este grupo de estudio no se puede determinar el riesgo del factor estudiado.

5.10 Análisis de la población hipertensa según alteraciones del sueño

Tabla 19 Distribución de pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha según HTA y alteraciones del sueño. Cuenca. 2015.

Variable	HTA				RR (IC 95%)	Valor de p
	No controlada		Controlada			
	n	%	n	%		
Importancia del sueño						
SI	20	22,2	70	77,8	NC	0,59
NO	0	0	1	100		
Uso de medicación para dormir						
SI	7	21,9	25	78,1	0,9 (0,4-2,2)	0,98
NO	13	22	46	78		
Problemas para quedarse dormido						
SI	10	24,4	31	75,6	1,2 (0,5-2,6)	0,61
NO	10	20	40	80		
Despertarse durante la noche						
SI	17	28,3	43	71,7	2,93 (0,93-9,23)	0,07677
NO	3	9,7	28	90,3		
Despertarse muy temprano y no puede dormirse nuevamente						

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

SI	9	24,3	28	75,7	1,1 (0,5-2,5)	0,65
NO	11	20,4	43	79,6		
Dormir demasiado durante el día						
SI	4	28,6	10	71,4	1,3 (0,5-3,5)	0,51
NO	16	20,8	61	79,2		
Dormir la siesta						
SI	17	25	51	75	1,9 (0,6-5,9)	0,23
NO	3	13	20	87		
Pesadillas						
SI	2	13,3	13	86,7	0,5 (0,1-2,1)	0,37
NO	18	23,7	58	75,3		
Sonambulismo						
SI	4	22,2	14	77,8	1 (0,3-2,6)	0,97
NO	16	21,9	57	78,1		
Se orina en la cama						
SI	4	40	6	60	2 (0,8-4,8)	0,14
NO	16	19,8	65	80,2		
Roncar						
SI	11	19,3	46	80,7	0,7 (0,3-1,5)	0,42
NO	9	26,5	25	73,5		
Apnea del sueño						
SI	7	28	18	72	1,4 (0,6-3,1)	0,39
NO	13	19,7	53	80,3		

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Aguilar L. Aguirre J.

Se puede evidenciar en la tabla anterior que no existe relación estadísticamente significativa entre los factores de alteraciones del sueño con la HTA sea controlada o no, en la población estudiada.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial como hemos revisado es una patología prevalente, en nuestra población no es la excepción, esta patología posee prevalencias variables en diferentes poblaciones, por ejemplo 46% en África, 35% en las Américas, 40% en países de vías de desarrollo; y específicamente en Ecuador una tasa de 1373 por C/100.000 habitantes (1,2,3,4); la población hipertensa se ve afectada en su calidad de vida por la enfermedad, pero también los estilos de vida que podrían tener estos pacientes podrían afectar la patología es decir empeorarla, o impedir un control adecuado siendo la actividad física, los hábitos de tabaquismo y los trastornos del sueño factores que podrían estar modificando o perjudicando la normal evolución de un paciente hipertenso.

Bajo este marco se reclutó para el estudio una población de 91 pacientes hipertensos de la Parroquia Paccha en el Cantón Cuenca, con una media de edad de 67,38 años \pm 12,93 años y en el 76,9% de sexo femenino; al respecto estos datos coinciden parcialmente con lo encontrado por García y colaboradores (26) quienes indican una mayor frecuencia de HTA en los pacientes mayores de 55 años y con el 55,32% fueron de sexo femenino. Existen diferencias epidemiológicas pero se mantiene una constante al parecer la HTA afecta más a la población de mayor edad y de sexo femenino.

En lo que respecta al control de la HTA se tomaron 4 registros a los pacientes, se consideró un control inadecuado a los que presentaron al menos un valor de los 4 que indique mayor o igual a 140/90 mmHg; tras esta valoración se determinó que el 22% de los pacientes tuvo una HTA mal controlada; mientras que el 78% no registro valores elevados de su presión arterial. Ortiz y colaboradores (27) en el año 2013 mencionan que el control de la HTA es un puntal de vital importancia en el tratamiento y las valoraciones para su determinación deben ser rutinarias, en su estudio encontraron que el 33% de los varones y el 49% de las mujeres tenían una HTA no controlada; cifra que es mayor a la registrada en nuestra población, pero evidencia que no es una situación aislada sino se presenta en las poblaciones hipertensas a nivel mundial, aunque es una situación no deseada su presencia debe ser evaluada.



En nuestra población se encontró que la actividad física es parte de las actividades diarias de los pacientes con HTA, sin embargo varía en su intensidad y frecuencia, es así como encontramos que la frecuencia de inactividad o sedentarismo alcanza un porcentaje de 71,4%; obviamente se debe considerar que el estar acostado, sentado o la falta de actividad física no beneficia a la salud, se excluye de esta situación el dormir pues el sueño cumple con sus tareas reparadoras. También encontramos que en general el 24,6% de los pacientes inactivos presentaron HTA no controlada versus el 15,4% encontrado en la población que si realiza actividad física.

Rodríguez (28) en el año 2012 cita que a pesar de los avances farmacológicos no se logra mantener controlada a la población y menciona que el nivel de control de los hipertensos no supera el 40% (control farmacológico); por lo que dentro del marco de tareas preventivas se citan las siguientes: actividad física, evitar el tabaco y mejorar todo aspecto de la vida diaria haciendo referencia a la calidad de vía por ejemplo los hábitos alimenticios; por ultimo este autor cita que la actividad física desde las primeras etapas de la vida reduce el riesgo de desarrollar HTA , con una cifra de individuos inactivos que hacen HTA del 30 al 50%; cita que la actividad física posee efectos agudos en los pacientes hipertensos como la reducción de entre 10-20 mmHg de la PA sistólica de manera inmediata y en pacientes ya crónicos entre un 5-7 mmHg; en nuestra población analizando la influencia de la actividad física en la población de hipertensos no controlados no se halló estadísticamente asociación ($p > 0,05$) entre los componentes de la actividad física y la HTA no controlada.

La recomendación actual de la OMS para la actividad física sea beneficiosa es que se debe realizar según requisitos de intensidad, duración y frecuencia. La recomendación actual de la OMS es que las personas realicen diariamente como mínimo 30 minutos de actividad física moderada al menos 5 días a la semana o en el caso de actividad vigorosa, 20 minutos al día al menos 3 días a la semana (29) y como hemos visto en nuestra población no siempre se cumple con esta recomendación.

Otro factor que hemos evaluado en nuestra población fue la adicción a la nicotina mediante el uso del cuestionario de Fagerstrom, dentro de los



resultados de esta valoración encontramos que el 14,3% de los hipertensos poseen dependencia baja, el 5,5% dependencia moderada y el 1,1% dependencia alta; Fdragas y cols. mencionan que el hábito de fumar es tan perjudicial para la salud que en la actualidad constituye unas de las prioridades a combatir por todos; además menciona que es un factor importante en la aparición y en la falta de control de enfermedades como la HTA (30).

Tegoma (2010), en México, estableció que en una población de 127 pacientes hipertensos el 7,1%, de éstos, posee una adicción leve a la nicotina, 0,8% adicción moderada y el 1,6% adicción intensa; lo que indica que a pesar de ser conocedores del impacto negativo que posee la nicotina en el tratamiento y evolución de la HTA los pacientes si fuman, lo que podría condicionar complicaciones aún mayores a las que ya presentan por la propia enfermedad, estos porcentajes encontrados por este autor son parecidos a los encontrados en nuestra población (31).

Cuervo, menciona que el tabaco es uno de los factores de riesgo más importantes para enfermedades cardiovasculares, dentro de las patologías en las que mayor impacto tiene es la HTA, pero no solo propicia su aparición sino que al ya poseer la enfermedad entorpece el tratamiento, con un efecto directamente negativo dependiendo de la frecuencia de consumo de tabaco; por ultimo una de las consecuencias más notorias del tabaquismo es el aumento de la mortalidad (32).

En nuestra población se determinó que el 15,4% de los pacientes que tienen dependencia a la nicotina leve presentaron una HTA mal controlada, siendo lo más representativo al momento de analizar el efecto del tabaquismo en la HTA, sin embargo, esta relación no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$); aunque en la práctica es evidente que el tabaco influye en la HTA, la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, menciona al respecto que la HTA y el tabaquismo coinciden en un paciente hasta en el 5%; potenciando se el daño al presentar estas 2 patologías, comprometiendo la función cardiaca y aumentando en 4,5 veces el riesgo coronario, de ECV 1,5 a 2 veces en comparación con la población sana. En los hombres fumadores el riesgo de enfermedad vascular periférica es 4 veces mayor (33).



Los trastornos del sueño que hemos investigado ninguno de ellos, fueron estadísticamente significativos al momento de medir su influencia en la HTA no controlada.

González y Cols., encontraron en una población de hipertensos que el insomnio se presentó en 119 pacientes para un (57.7%), y el Roncar con igual cifra ($p < 0.01$), debemos señalar que en algunos pacientes se presentaron uno o más trastornos del sueño asociados (18). El insomnio fue referido por los pacientes como el despertar frecuente durante la noche, dificultades para quedarse dormido así como un despertar precoz; lo que indica que este trastorno del sueño es uno de los más referidos y que contribuye con una HTA mal controlada.

Otro estudio de González y cols., encontraron que el síndrome de apnea del sueño presento una frecuencia del 67,4% siendo la HTA uno de los factores significativos; en nuestra población en los pacientes con Apnea de presentó un total de 28% de HTA mal controlada; lo que indica que la relación causal puede ser bidireccional es decir la HTA puede contribuir a la aparición de apnea y a su vez ésta empeorar los niveles de HTA (34).

Como se ha mencionado, los hábitos y actitudes de los pacientes hipertensos en Paccha, no son de lo más adecuados, se presentan casos de consumo de tabaco, mala calidad del sueño y falta de actividad física; estos factores repercuten en la salud y control de los pacientes hipertensos, eso se ve reflejado en el alto porcentaje de pacientes mal controlados. Es inevitable plantear intervenciones destinadas a disminuir la frecuencia de factores nocivos para la salud en esta población hipertensa.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En base a los objetivos que planteamos para la investigación se realizan las siguientes conclusiones:

1. Se estudió una población de 91 pacientes hipertensos con una media de edad de 67,38 años \pm 12,93 años, siendo las Mujeres más frecuente con el 76,5%; se evidencia que la mayoría de esta población fue casada (57,1%), de ocupación Quehaceres Domésticos (57,1%) y con el 52% de nivel de instrucción primaria.
2. Analizando los trastornos del sueño se encontró que el 45,1% de los casos los pacientes tuvieron problemas para quedarse dormido, mientras que el 65,9% se despiertan en la noche con una media de 1,88 veces \pm 0,73 veces por noche; por último el 40,7% de los pacientes refirió que se despierta muy temprano y no puede dormirse otra vez. Ronca el 62,6%. La frecuencia de apnea del sueño se presentó en el 27,5% de los casos, el 15,4% duerme demasiado durante el día incluso en contra de su voluntad, otro indicador fue que el 74,4% de la población duerme la siesta durante el día. En el 16,5% de los casos se presentaron pesadillas. El sonambulismo fue identificado en el 19,8% de los casos.
3. En lo que respecta a la actividad física se encontró que el 71,4% de los pacientes son sedentarios; además se encontró que la actividad física no tuvo una relación estadísticamente significativa con control de tensión arterial.
4. El 14,3% de los pacientes presentó una calificación menor a los 4 puntos lo que indica una baja dependencia a la nicotina, el 5,5% con dependencia moderada y el 1,1% con dependencia alta, esta variable no presentó relación estadísticamente significativa con control de tensión arterial.



7.2 RECOMENDACIONES

1. En vista de los resultados es evidente que la población hipertensa no reconoce del todo los riesgos que implica para su salud la falta de actividad física, el tabaco y los trastornos del sueño por lo que se recomienda crear y/o reforzar los programas preventivos en la Parroquia Paccha sobre este tema e incluir estos factores en los cronogramas de capacitaciones.
2. El estudio de los factores que podrían estar interviniendo en la normal evolución de la HTA y su control deben ser estudiados de una manera dinámica, con este estudio se crea una línea de base para este tema por lo que se recomienda actualizar la información de manera recurrente.
3. Evaluar dentro de la Parroquia y específicamente con la población hipertensa si la presencia de los factores en estudio se deben a otras causas a más del desconocimiento de los riesgos que traen consigo por ejemplo el tabaquismo.
4. Visibilizar ante las autoridades los resultados de este estudio, de esta manera se crea empoderamiento y es más factible cualquier intervención a nivel de esta población de hipertensos.



CAPÍTULO VIII**8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. Centro de Prensa. 2013. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
2. Creagh M. Impacto social de la hipertensión arterial. 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2334/1/Impacto-social-de-la-hipertension-arterial-.html>
3. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. Andes. En Ecuador, de cada 100.000 personas, 1.373 tienen problemas de hipertensión. 2013. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-cada-100000-personas-1373-tienen-problemas-hipertension.html>
4. Aguas N. Prevalencia de Hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afro ecuatoriana de la Comunidad La Loma, Cantón Mira del Carchi. 2011. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/TESIS%20COMPLETA%20NELLY%20AGUAS.pdf>
5. Garcés B. Incidencia y medidas preventivas de hipertensión arterial en docentes de instituciones educativas Básica, Media y Superior (UPSE) de los Cantones Salinas y La Libertad en la provincia de Santa Elena. 2010. Disponible en: <http://www.upse.edu.ec/rcpi/index.php/no-1-octubre-2012/84-incidencia-y-medidas-preventivas-de-hipertension-arterial-en-docentes-de-instituciones-educativas-basica-media-y-superior-upse-de-los-cantones-salinas-y-la-libertad-en-la-provincia-de-santa-elena-2008-2009>
6. Rodríguez C, Castaño C, García L, et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev. Esp. Salud Publica v.83 n.3 Madrid mayo-jun. 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000300009&script=sci_arttext
7. Constitución de la República del Ecuador Asamblea Constituyente 2008. Sección segunda. Art 358. Disponible en: http://www.derechoambiental.org/Derecho/Legislacion/Constitucion_Asamblea_Ecuador_5.html
8. JNC 7. Informe Final. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>



9. Carrillo H, Amaya M. Estilos de vida saludables de las enfermeras (o) de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. 2001. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0128.pdf
10. Zumbado A, Zumbado M. Prevalencia y manejo de la hipertensión arterial en consultorio privado en Santa Bárbara-Heredia, Costa Rica. Rev. costarric. salud pública [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2011 Nov 24]; 20(1): 52-55. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292011000100009&lng=es.
11. Contreras F. Editorial. HTA. 2010. Disponible en: http://www.revistahipertension.com/rh_6_2_2011/editorial.pdf
12. Toral E. Prevalencia y factores asociados a la Hipertensión Arterial Esencial en Pacientes Mayores de 40 años, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Posgrado de Medicina Interna. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5223/1/MEDMI23.pdf>
13. Díaz G, Quinteros C, Oliva P. et al. Prevalencia de Hipertensión arterial y factores biopsicosociales asociados, en población adulta de Villa Allende, Córdoba. 2011. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP11_1_08_art5.pdf
14. Organización Mundial de la Salud. OMS. Campaña del día mundial de la Salud. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
15. Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev. Cubana Estomatol v.41 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300009&script=sci_arttext
16. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
17. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Hipertensión arterial y consumo de tabaco. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/hipertension-y-tabaco.php>
18. González Pérez Surama, Argudín Martín Alina de la C, Dot Pérez Liset de la C, López Vázquez Nelson M., Pérez Labrador Joaquín. Trastornos del sueño



asociados a la hipertensión arterial. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2014 Oct 08]; 13(1): 90-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100011&lng=es.

19. Solera J, Tarraga J, Carbayo A, et al. Influencia de la dieta y los estilos de vida en el cáncer colorrectal. Rev. esp. enferm. dig. v.99 n.4 Madrid abr. 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082007000400002&script=sci_arttext

20. Caluña J, Escobar J, Ushca C. Estilos de Vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los SCS de las Parroquias San Pablo de Atenas y Balsapamba durante el Periodo Diciembre 2010 a Marzo del 2011. Universidad de Bolívar. Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano. Escuela de Enfermería. 2011. Disponible en: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/443/1/TESIS%20DE%20ESTILOS%20DE%20VIDA.pdf>

21. Acuña Y, Cortes R. Tesis: Promoción de estilos de vida saludables Área de Salud de Esparza. Instituto Centroamericano de Administración Pública. Maestría Centroamericana en Administración Pública. 2012. Disponible en: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna_castro_yessika_sa_2012.pdf

22. Guerrero M. Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola-Cañete- Universidad San Martín de Porres. Tesis. 2010. Disponible en: http://cybertesis.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/304/1/guerrero_mm.pdf

23. Moraga C. Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Costarica. cardiol vol.10 n.1-2 San José Jan./Dec. 2008. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422008000100004

24. Cordente C, García P, Sillero M, et al. Relación del nivel de actividad física, presión arterial y adiposidad corporal en adolescentes madrileños. Rev. Esp. Salud Pública v.81 n.3 Madrid mayo-jun. 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000300007&script=sci_arttext

25. Pérez P, García J, Chi J, et al. Actividad física vs hipertensión arterial. Infomed. Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/143>



26. García K, Junco I, Cordero M, et al. Clinical-epidemiological characterization of hypertension at Number-24 Doctor's Office. Rev Ciencias Médicas vol.17 no.4 Pinar del Río jul.-ago. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000400010&script=sci_arttext
27. Ortiz H, Vaamonde R, Zorrilla B, et al. Prevalence, Degree of Control and Treatment of Hypertension in the Adult Population of Madrid, Spain. Rev. Esp. Salud Publica vol.85 no.4 Madrid jul.-ago. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000400002&script=sci_arttext
28. Rodríguez M. La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. InterSedes: Revista de las Sedes Regionales, vol. XIII, núm. 26, 2012, pp. 142-156 Universidad de Costa Rica Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro, Costa Rica. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/666/66624662008.pdf>
29. Zhang A, Vivanco M, Zapata F, et al. Global physical activity in outpatients with cardiovascular risk factor applying "International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)". Rev Med Hered v.22 n.3 Lima jul. 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000300005
30. Fadrugas A, Cabrera Y, Sanz L. Hábito de fumar. Repercusión sobre el aparato cardiovascular. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(3-4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi183-405.htm
31. Tegoma V. Consumo de alcohol y tabaco en hipertensos de una Unidad de Primer Nivel de Atención. Universidad Veracruzana. Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Facultad de Enfermería. 2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31654/1/tegomaruizvictor.pdf>
32. Cuervo R. Alcohol y tabaco en la patología cardiovascular. Capítulo 65. Hospital Clínico San Carlos, Madrid España. 2006. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap65.pdf
33. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Hipertensión arterial y consumo de tabaco. Argentina 2011. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/hipertension-y-tabaco.php>
34. González L, Jaime J, Herrera V, et al. Relación entre la hipertensión arterial sistémica y síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño y sus factores de riesgo asociados, en población hipertensa de un Centro Médico. Cali



(Colombia) 2008. Artículo de investigación. ARCH. MED. (Manizales) 2008; 8 (2): 89-97. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medici na/html/publicaciones/Arch_Med_8%20-2/3_HTA_y_APNEA.pdf



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

Formulario de recolección de datos



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: __ / __ / _____

Formulario

N° _____

.DATOS DE FILIACIÓN	
01	Nombre del sector:
02	Nombre del paciente
03	Edad (años cumplidos)
04	Sexo Hombre () Mujer ()
05	Estado civil Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Separado () Unión libre ()
06	Ocupación Comerciante () Agricultor () Chofer () Quehaceres domésticos () Obrero () Artesano () Otros ()
07	Instrucción Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()
08	Antecedentes familiares: Señale si sus padres han sido diagnosticados y/o reciben tratamiento para Hipertensión arterial: Si () No ()

09	Talla (m):	74	Peso (Kg):	75	IMC:
10	Presión arterial (1) / mmHg (2) / mmHg				



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

ACTIVIDAD FÍSICA

(*Nótese que aquí, en este anexo, se incluye su calificación)

1. Horas diarias acostadas: (horas que permanece acostado)
 - a. Durmiendo en la noche ----- < 8 horas
 - b. Siesta en el día ----- 8 -12 horas
> 12 horas

2. Horas diarias de actividades sentadas
 - a. En clase -----
 - b. Tareas escolares, leer, dibujar + -----
 - c. En comidas + ----- < 6 horas
 - d. En auto o transporte + ----- 6 -10 horas
 - e. TV + PC + Videojuegos +----- = _____ > 10horas

3. Número de cuadras caminadas diariamente
 - a. Hacia o desde el colegio o a cualquier lugar rutinario
 - > 15 cuadras
 - 5 - 15 cuadras
 - < 5 cuadras

4. Horas diarias de juegos recreativos al aire libre
 - a. Bicicleta, pelota, correr, etc.
 - > 60 minutos
 - 30 - 60 minutos
 - < 30 minutos

5. Horas semanales de ejercicios o deportes programados.
 - a. Educación física o deportes programados
 - > 4 horas
 - 2 – 4 horas
 - < 2 hora

Cada categoría tiene un puntaje de 0 a 2, de tal forma, que el puntaje total; va de 0 a 10

Se considera el siguiente puntaje

Puntaje: Menor a 5 --> Inactivo (**Sedentario**)

Mayor a 5 ---> Activo.



Hábito de Fumar

Fecha: __ / __ / _____

Formulario N° _____

Hábito de Fumar

Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja a la nicotina, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	≤ 5 minutos	3
	6 - 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	SI	1
	NO	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	EL primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	≤ 10	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	> 30	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	SI	1
	NO	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0
PUNTUACION TOTAL		



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
Test de Hábitos de Sueño

Fecha: ___ / ___ / _____

Formulario N° _____

Estudio de Trastornos del Sueño en lo Hipertensos

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Cuestionario SI NO

1- ¿Para usted el sueño es importante? SI NO ¿Cuántas horas duerme?

2- ¿Toma usted alguna medicina para garantizar el sueño? SI NO

¿Cuál/Cuáles? _____

3- ¿Tiene problemas para quedarse dormido? SI NO

4- ¿Se despierta durante la noche? SI NO

¿Cuántas veces? 1 2 3 Más de 4 veces

5- ¿Se despierta muy temprano y no puede dormirse otra vez? SI NO

6- ¿Duerme demasiado durante el día incluso en contra de su voluntad?

SI NO

7- ¿Duerme la siesta? SI NO ¿Qué Tiempo? _____

8- ¿Tiene pesadillas durante el sueño? SI NO

9- ¿Habla o camina dormido? SI NO

10- ¿Se orina en la cama? SI NO

11- ¿Ronca? SI NO

12- ¿Se despierta durante el sueño con sensación de falta de aire? SI NO

13- ¿Sueña intensamente? SI NO

14- ¿Cuántas horas duerme diario? SI NO



9.1 Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**ACTIVIDAD FÍSICA, CONSUMO DE TABACO Y HÁBITOS DE SUEÑO EN PERSONAS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL S.C.S DE PACCHA, CANTÓN CUENCA.
2014**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, le invito a participar del estudio de investigación médica, el mismo que servirá para obtener el título de MÉDICOS GENERALES

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar entonces se le pedirá que firme.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Actividad física, consumo de tabaco y hábitos de sueño en personas con hipertensión arterial que acuden al S.C.S de Paccha, cantón Cuenca. 2014

1. Se tomará la presión con un tensiómetro digital registrándose la presión arterial sistólica y diastólica.
 2. Se le pesará en una balanza digital, no podrá usar calzado mientras sea pesado, además de medir su estatura en centímetros.
 3. Se llenara los datos en una encuesta donde se registra sexo, edad, estado civil, instrucción, ocupación, hábitos alimenticios, actividad física, sueño y consumo de tabaco.
- El estudio NO tiene ningún riesgo para su salud.

ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad. Los datos que usted facilite serán utilizados exclusivamente para la investigación propuesta,

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación

Firma del Entrevistado

Firma del Investigador