



Trabajo Fin de Grado

Influencia de los periodos vacacionales en la HTA
en los pacientes de la consulta de enfermería en el
Centro de Salud Ensanche de Teruel.

Autor/es

Sandra Figuerola Falcó

Director/es

Antonio Hernández

Escuela Universitaria de enfermería de Teruel

2012

Influencia de los periodos vacacionales en la HTA en los pacientes de la consulta de enfermería en el centro de salud ensanche de Teruel.

INFLUENCIA DE LOS PERIODOS VACACIONALES EN LA HTA EN LOS PACIENTES DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD ENSANCHE DE TERUEL.

RESUMEN

Fundamentos y objetivo: Es necesario tener información sobre el grado de control de la hipertensión arterial en condiciones reales de la práctica clínica. Durante los períodos vacacionales, las personas suelen cambiar por unos días el estilo de vida saludable por otro en el que priman los excesos y el sedentarismo, siendo el objetivo de este estudio conocer la influencia de los períodos vacacionales en la HTA.

Pacientes y método: Estudio descriptivo transversal. La población diana la constituyen los pacientes de la consulta de enfermería del Centro de Salud Ensanche de Teruel seleccionando una muestra aleatoria, incluyendo en el proyecto a todas aquellas personas que por algún motivo acudían a la consulta durante los meses de noviembre y diciembre de 2011. La información fue recogida a través del programa informático OMI-AP, realizando las medidas con un esfigmomanómetro. Se consideraron períodos postvacacionales los meses de enero, mayo, agosto y septiembre.

Resultados: Se incluyó a 44 sujetos, con una edad media de 71 años. Las cifras de PA medias en los períodos postvacacionales en varones menores de 70 años fueron 140/98mmHg en enero, 138,6/80mmHg en mayo, 144/87,5mmHg en agosto y 134,5/89,5mmHg en septiembre, en mujeres menores de 70 años 130/90mmHg en enero, 122,5/80 en mayo, 130/80 en agosto y 125/80 en septiembre, en varones mayores de 70 años 136/65mmHg en enero, 126,6/66mmHg en mayo, 130/65mmHg en agosto y 133,1/70,9mmHg en septiembre y en mujeres mayores de 70 años 138,8/80,3mmHg en enero, 135,4/74,2mmHg en mayo, 130/80mmHg en agosto y 128/73,5mmHg en septiembre.

Conclusión: La muestra de estudio es insuficiente por lo que los resultados obtenidos no se pueden comparar con estudios similares. No existen variaciones significativas entre las cifras de PA de los períodos vacacionales y las del resto de períodos.

Palabras clave: Hipertensión arterial, periodo vacacional, control.

ABSTRACT

Background and objectives: The objective of this study is to gather information related to how to control and measure arterial hypertension in routine general practice. Ambulatory blood pressure measurement (ABPM) is vitally important in the control of hypertension.

People in general tend to change their lifestyle during the holiday season, falling into sedentary lifestyle, unhealthy diet and vices (alcohol and smoking). The main focus of this study has been the impact and effects of lifestyle during holiday season on Hypertension (HTN).

Patients and research method: A cross-sectional study was carried out at the Ensanche Ambulatory Surgery, namely the Nurse Practitioner's surgery in Teruel. Patients were selected at random from the target population at this outpatient surgery, including in the study all the patients that attended this place during November and December 2011.

All data was compiled and processed with OMI-AP's computer program. Blood pressure measurements were made with sphygmomanometer. We

Influencia de los periodos vacacionales en la HTA en los pacientes de la consulta de enfermería en el centro de salud ensanche de Teruel.

considered post-holiday season the months of January, May, August and September.

Results: Forty-four patients of the outpatient surgery mentioned above were included in the study, average age was 71 years.

It was found that the rate of hypertension during post-holiday season on male patients under 70 was 140/98mmHg in January, 138,6/80mmHg in May, 144/87,5mmHg in August and 134,5/89,5mmHg in September.

The rate of hypertension on female patients under 70 was 130/90mmHg in January, 122,5/80 in May, 130/80 in August and 125/80 in September.

The outcome in male patients over 70 was 136/65mmHg in January, 126,6/66mmHg in May, 130/65mmHg in August and 133,1/70,9mmHg in September.

Concluding the study and still considering the same post-holiday season, the rate of hypertension on female patients over 70 was 138,8/80,3mmHg in January, 135,4/74,2mmHg in May, 130/80mmHg in August and 128/73,5mmHg in September.

Conclusion: This study cannot reveal sufficient evidence as the results obtained cannot be compared with similar studies. Furthermore, there are not significant variations on the Hypertension rate levels when comparing the holiday season outcome with the post-holiday results.

Key words: Arterial hypertension, holiday season, control.

INTRODUCCIÓN- JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es la elevación mantenida de las cifras de tensión arterial por encima de lo normal. El criterio de normalidad se establece según la curva de distribución de las cifras tensionales de la población y de la noción de riesgo, que es una función continua. Se acepta como cifras tensionales normales para la población adulta aquellas inferiores a 140 y 90 mmHg de tensión sistólica y diastólica, respectivamente. A partir de este nivel se incluye las diferentes formas de hipertensión (TABLA 1).^{1, 2}

La importancia de la hipertensión arterial deriva de tres razones fundamentales. De su elevada prevalencia entre la población adulta. La HTA afecta aproximadamente al 20% de la población adulta (unos 1500 millones de personas en el mundo) y es responsable directa o indirectamente de 5 millones de muertes cada año. Se estima que en la población general española la prevalencia es de aproximadamente un 35% en los mayores de 18 años, alcanzando el 68 % en los mayores de 60 años, y afecta a más de 10 millones de adultos.^{1,3}

Por otra parte, diversos estudios poblacionales y asistenciales han analizado el grado de control de la PA en España en los últimos años, obteniendo resultados que, en general, muestran un control preocupantemente bajo y variable de unas zonas a otras (entre el 7% y el 36%).⁵ Las posibles causas del insuficiente control son múltiples y complejas; en unos casos dependen del propio paciente (incumplimiento) y en otras de un insuficiente tratamiento farmacológico (ineficacia) o de una conducta poco rigurosa del médico (inercia terapéutica).³

Aunque la razón más importante es el papel de la hipertensión arterial como factor de riesgo principal en las enfermedades del aparato circulatorio, especialmente en la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardiaca, conjuntamente con el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la diabetes, entre otras (TABLA 2). Se estima que en España el 42% de las muertes coronarias, el 46,4% de las muertes por ACV y el 25,5% de las muertes totales están relacionadas con la HTA, la mayoría de los casos en los grados 1 y 2 (TABLA 1). Es importante señalar que los grupos definidos como "presión normal" y "presión normal alta" representan el 8,3, el 10,2 y el 6,2 % de estas muertes, respectivamente.^{1,3}

Se ha demostrado que las medidas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser instauradas en todos los hipertensos o individuos con PA normal – alta, bien sea como medida de inicio o complementando al tratamiento farmacológico antihipertensivo con el fin de reducir la PA y el riesgo cardiovascular (TABLA 3).⁴

Así pues, durante los periodos vacacionales (*días dentro de un año en que personas que trabajan o estudian toman un descanso total o el receso*

Influencia de los periodos vacacionales en la HTA en los pacientes de la consulta de enfermería en el centro de salud ensanche de Teruel.

de su actividad en un período determinado. Existen principalmente para prevenir estrés u otras patologías, además de según el criterio del estado o gobierno local, para incrementar la productividad en el resto del año⁶), las personas suelen cambiar por unos días el estilo de vida saludable por un estilo en el que priman los excesos y el sedentarismo.

Por ello, este estudio pretende conocer la influencia de los períodos vacacionales en la HTA según sexo y edad.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Conocer la influencia de los períodos vacacionales en la HTA.

ESPECÍFICOS:

- Mejorar el control de la HTA en los pacientes que acuden a la consulta de enfermería.
- Establecer estrategias de sensibilización a profesionales y pacientes sobre la importancia de los estilos de vida en el control de la HTA.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal.

La población diana se compone de adultos que acudían a la consulta de enfermería del Centro de Salud Ensanche (Teruel).

Se seleccionó una muestra aleatoria incluyendo en el proyecto a todas aquellas personas que por algún motivo acudían a la consulta durante los meses de noviembre y diciembre de 2011, obteniendo información de 44 sujetos.

La información fue recogida a través del programa informático de AP (OMI-AP) incluyendo las mediciones realizadas durante todo el año 2011. Las variables obtenidas fueron las cifras de tensión arterial, la edad y el sexo. Se consideraron como períodos postvacacionales los meses de enero (después de navidad), mayo (después de semana santa), agosto (después de vaquillas) y septiembre (después del verano).

Se tomó la tensión arterial con un esfingomanómetro, dejando descansar a los pacientes unos 15 minutos antes de entrar en la consulta.

Las herramientas utilizadas en la realización del estudio son los programas informáticos Excel y Word.

Influencia de los períodos vacacionales en la HTA en los pacientes de la consulta de enfermería en el centro de salud ensanche de Teruel.

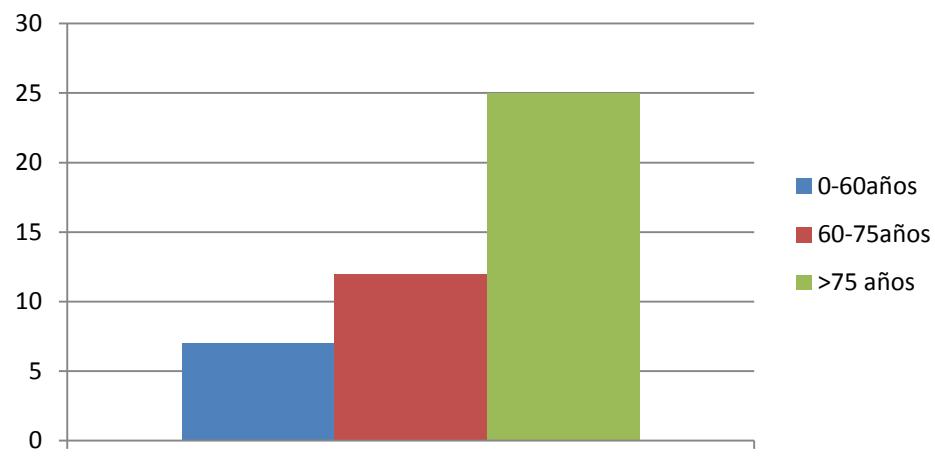
RESULTADOS

La muestra realizada fue de 44 sujetos, de ambos sexos (TABLA 3), con una edad media de 71 años (TABLA 4).

TABLA 3.Muestra según sexo.



TABLA 4.Número de pacientes según grupo de edad.

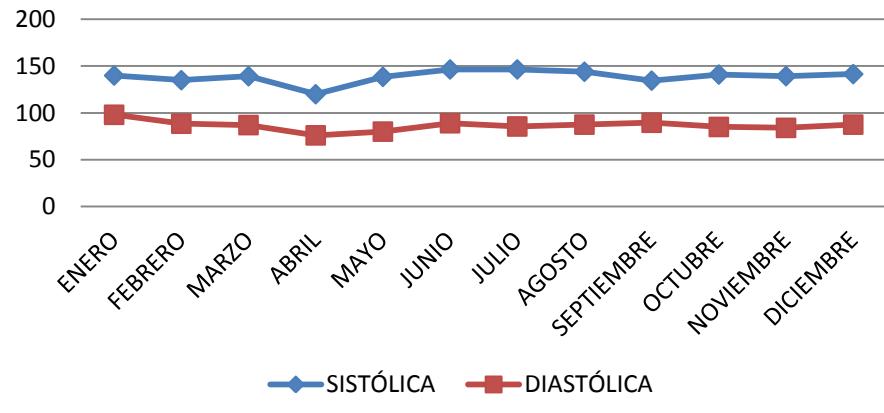


La media de PA de varones menores de 70 años durante todo el año es de 138,84 y 86,45mmHg de sistólica y diastólica.

Las cifras de PA medias en los períodos postvacacionales de 140/98mmHg en enero, 138,6/80mmHg en mayo, 144/87,5mmHg en agosto y 134,5/89,5mmHg en septiembre. (TABLA 5).

Influencia de los periodos vacacionales en la HTA en los pacientes de la consulta de enfermería en el centro de salud ensanche de Teruel.

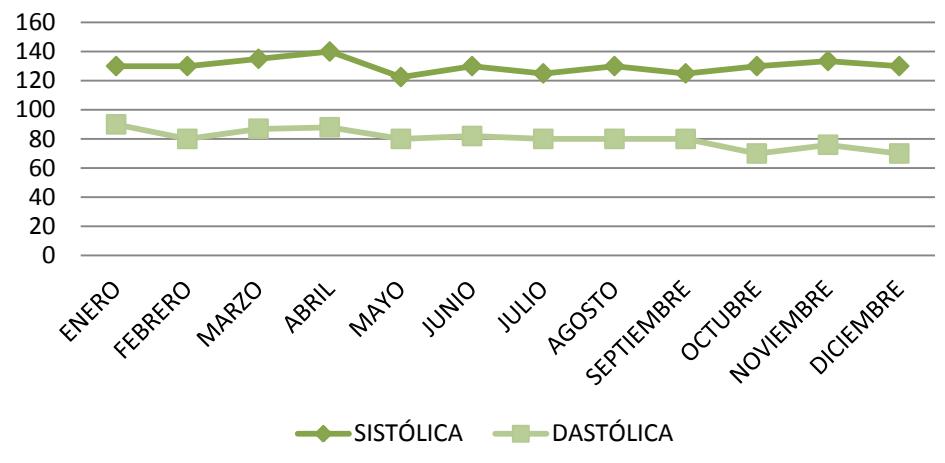
TABLA 5.Evolución PA varones menores de 70 años.



La PA media de mujeres menores de 70 años durante todo el año es de 130,08/80,25mmHg de sistólica y diastólica.

Las cifras de PA medias postvacacionales 130/90mmHg en enero, 122,5/80 en mayo, 130/80 en agosto y 125/80 en septiembre (TABLA 6).

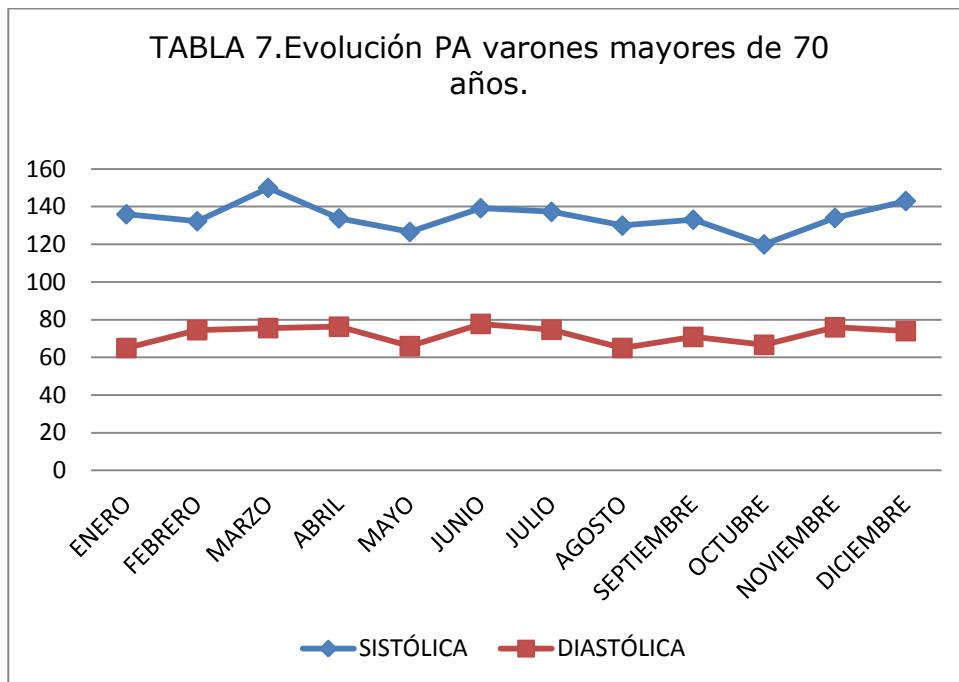
TABLA 6.Evolución de la PA en mujeres menores de 70 años.



La PA media en varones mayores de 70 años durante todo el año es de 131,6/71,87mmHg de sistólica y diastólica

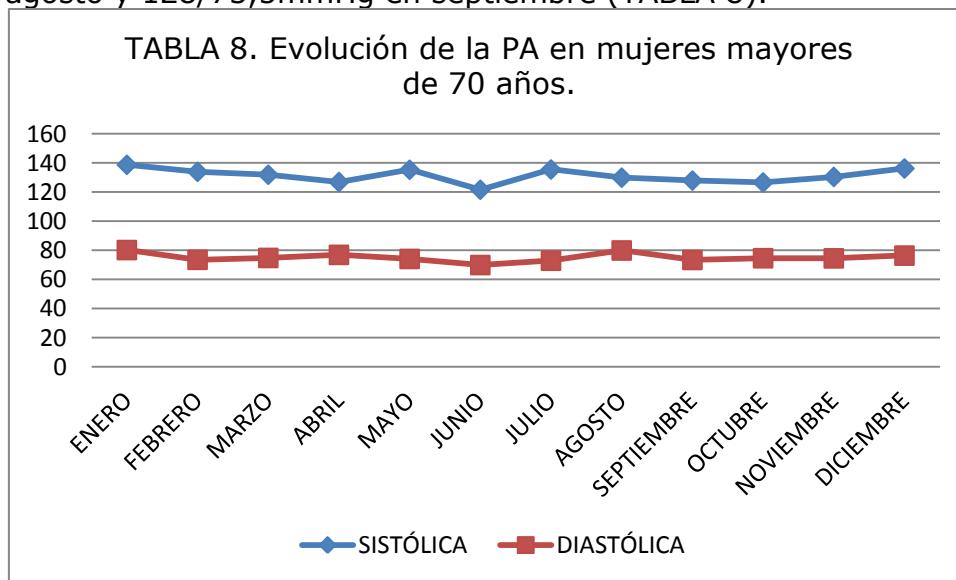
Las cifras de PA medias en los períodos postvacacionales 136/65mmHg en enero, 126,6/66mmHg en mayo, 130/65mmHg en agosto y 133,1/70,9mmHg en septiembre (TABLA 7).

Influencia de los períodos vacacionales en la HTA en los pacientes de la consulta de enfermería en el centro de salud ensanche de Teruel.



La PA media en mujeres mayores de 70 años durante todo el año es de 131,3/75,9mmHg de sistólica y diastólica

Las cifras de PA medias durante los períodos postvacacionales de 138,8/80,3mmHg en enero, 135,4/74,2mmHg en mayo, 130/80mmHg en agosto y 128/73,5mmHg en septiembre (TABLA 8).



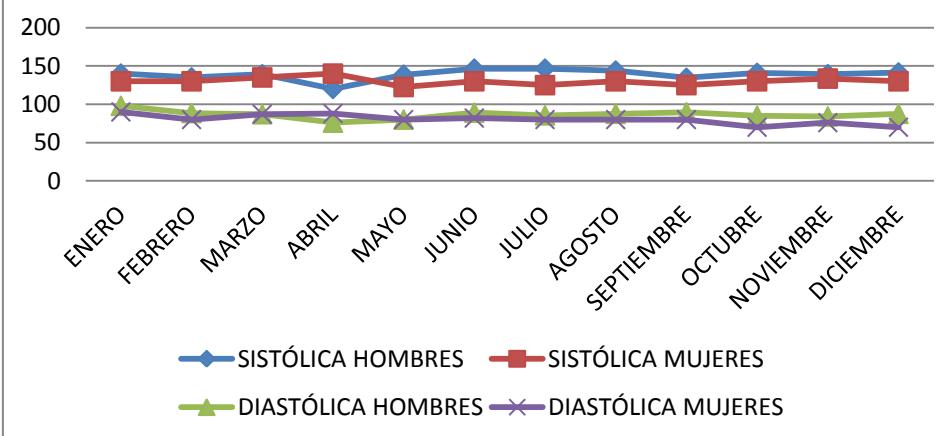
CONCLUSIÓN-DISCUSIÓN

La principal limitación del estudio es la muestra insuficiente, por lo que los resultados obtenidos no son comparables con estudios similares.

Analizando resultados podemos llegar a la conclusión de que no existen variaciones significativas entre las PA medias tanto en hombres como en mujeres de los períodos postvacacionales y el resto de períodos.

En enero, mayo, agosto y septiembre las cifras de PA de mujeres menores de 70 años son inferiores a las de los varones, esto puede deberse a que durante los períodos vacacionales en nuestra sociedad son los varones los que suelen llevar un estilo de vida más sedentario y marcado por los excesos (comidas más copiosas y abuso del alcohol) (TABLA 9), además, cabe señalar que hay publicaciones que consideran que las mujeres conocen más que son hipertensas, se tratan más y se controlan mejor^{7,8}.

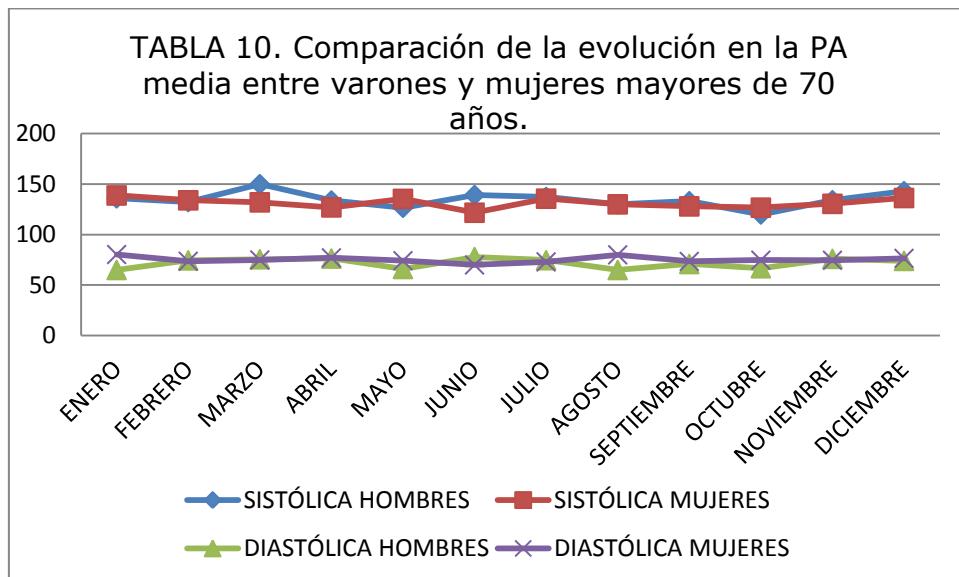
TABLA 9. Comparación de la evolución de la PA media entre varones y mujeres menores de 70 años.



Si comparamos las cifras de PA media, tanto en hombres como en mujeres mayores de 70 años, podemos observar como las cifras de PA sistólicas son similares, esto puede deberse a que las personas con esta edad se suelen tomar los períodos vacacionales con otra filosofía, habitualmente no se divierten gracias a los excesos y utilizan estos períodos para estar en armonía junto a la familia.

Resulta curioso observar como las cifras de PA diastólica en mujeres en todos los períodos postvacacionales supera a la de los hombres, esto puede deberse al estrés que experimentan éstas a la hora de preparar comidas y hacer que sus huéspedes se sientan como en casa (TABLA 10).

Influencia de los períodos vacacionales en la HTA en los pacientes de la consulta de enfermería en el centro de salud ensanche de Teruel.



Muchos estudios han demostrado que el personal de enfermería es fundamental para el diagnóstico y seguimiento del paciente hipertenso en AP⁹, por lo que si estos períodos vacacionales influyen en la PA debemos estar alertas y aportar la suficiente educación sanitaria, tratando de que comprendan que un seguimiento adecuado de HTA significa un mejor pronóstico para el paciente¹⁰.

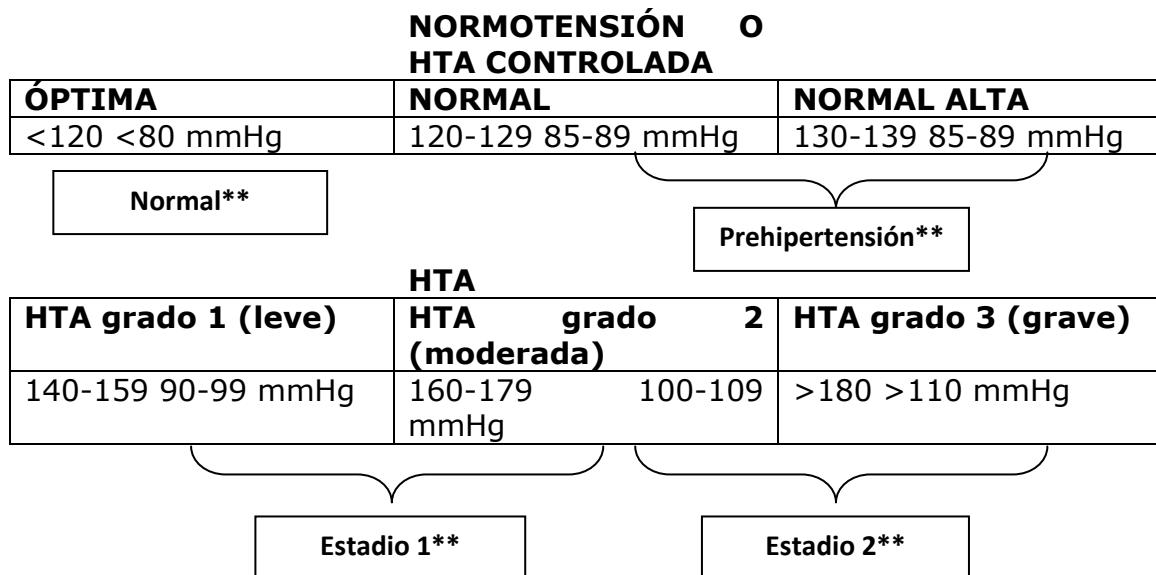
BIBLIOGRAFÍA

1. Pardell H, Tresserras R, Martínez A, Torner M. Cribado de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 1994; 102(1): 62-67.
2. Aguirrezabala JR, Bajo J, Quindimil JA. Los principales problemas de salud: Hipertensión arterial. *AMF (Vizcaya)*. 2006; 2(7): 371-384.
3. Llisterri JL, Rodriguez GC, Alonso FJ, Barrios V, Banegas JR. Evolución del control de la presión arterial en España en el periodo 2002-2006: Estudios PRESCAP. *Elsevier(España)*. 2009; 26(6): 257-265.
4. Abellán J, Alcázar JM, Aranda P, Barrios V, Calvo C. Hipertensión. Guia española de HTA. 2005; 22(2): 3-8.
5. Pardell H. La Hipertensió Arterial (Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears). Barcelona: Doyma S.A., 1990
6. Wikipedia [sitio en internet]. Disponible en: www.wikipedia.es. Consultado: 20 de abril de 2012.
7. Hajjar I, Kotchen T. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA* 2003; 290(2): 199-206.
8. Lloyd-Jones D, Evans J, Larson M, O'Donell C, Roccella E, Levy D. Differential control of systolic and diastolic blood pressure control in the community. *Hypertension* 2000; 36: 594-99.
9. Dafló A, Gibert E, Vila MA, Sabartés T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial: ¿es relevante el pa.pel del personal de enfermería. *Aten Primaria* 2000; 26(3):94-7.
10. McClellan WM, Dallas W, Brogan D, Wiber J. Continuity of care in hypertension. *Arch Intern Med* 1988; 148: 525-528

ANEXOS

TABLA 1

Clasificación de los niveles de PA*



*European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guideliness Committee3.

**En la parte inferior (cuadros) se describe la clasificación de los niveles de PA según el JNC-72.

TABLA 2
ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR²

		PA mmHg				
Otros factores de riesgo y antecedentes de enfermedad	NORMAL PAS 120-129 PAD 80-84	NORMAL-ALTA PAS 130-139 PAD 85-89	GRADO 1 PAS 140-159 PAD 90-99	GRADO 2 PAS 160-179 PAD 100-109	GRADO 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110	
Sin otros FR	Riesgo de referencia	Riesgo de referencia	Riesgo bajo	Riesgo Moderado	Riesgo alto	
1 o 2 FR	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo muy alto	
3 o + FR o LOD o diabetes	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo muy alto	
Enfermedad clínica asociada	Riesgo alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	

Tomada de Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología; 2003.

Factores de riesgo cardiovascular: edad (varones > 55 años; mujeres > 65 años), tabaquismo, dislipidemia, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (< 55 años en varones y < 65 en mujeres), obesidad abdominal.

LOD (lesión en órgano diana): hipertrofia ventricular izquierda, ligero aumento de creatinina (1,2-1,5 mg/dl), microalbuminuria (30-300 mg/24 h).

Enfermedad clínica asociada: cardíaca, cerebrovascular, nefropatía, arteriopatía periférica, retinopatía avanzada.

Riesgo bajo, moderado, alto y muy alto: equivalen a < 15%, 15-20%, 20-30% y > 30%, según la tabla de Framingham y < 4%, 4-5%, 5-8% y > 8%, según el proyecto SCORE, respectivamente.

TABLA 3

Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la PA

CAMBIO	RECOMENDACIÓN	REDUCCIÓN ESTIMADA DE LA PAS
Reducir el peso	Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m ²)	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100mmol/día (6g de sal; una cucharada de café)	2-8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210g semanales en hombres y 140g semanales en mujeres	2-4 mmHg
Adopción de la dieta DASH*	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácticos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada	8-14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual (al menos 5 días a la semana) de ejercicio aeróbico.	4-9 mmHg

*Los efectos de la dieta DASH sólo se han probado en EE.UU. y son comparados con los de la dieta típica americana. Las características de la dieta DASH son similares aunque no idénticas a la dieta mediterránea que está asociada con una protección frente a la enfermedad cardiovascular.