

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON
CRISIS HIPERTENSIVA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

MOLINA GAVILAN JENNY ELIZABETH

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR

DR. JOSÉ GERMAN JARAMILLO SAMANIEGO

AGRADECIMIENTO

Dejo un profundo agradecimiento a las siguientes personas e instituciones de una u otra forma contribuyeron en la culminación de esta tesis: A Dios, ser supremo y hacedor de todas las cosas gracias por protegerme y guiarme.

A la Universidad San Juan bautista, por haberme brindado la oportunidad de estudiar en sus aulas y obtener el grado académico .

Al Hospital Nacional Daniel A. Carrión. A sus autoridades y personal de salud por brindarme Las facilidades en el desarrollo del presente trabajo.

Mil Gracias.

DEDICATORIA

**A mi esposo y a
mis adorados
hijos**

RESUMEN

Objetivo: Características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado a 99 pacientes con crisis hipertensiva.

Resultados: Se estudiaron 99 pacientes, 59.6% fue de sexo femenino, 64% tuvo sobrepeso y obesidad, 76.4% consumían excesivamente la sal y el 70.7% tenía incumplimiento al tratamiento farmacológico.

Conclusión: La crisis hipertensiva fue más frecuente en el intervalo de edad 40-60 años, en sexo femenino, de ocupación amas de casa y obesos, con sedentarismo, con ingesta excesiva de sal, antecedente de estrés, antecedente de hipertensión en la familia y falta de adherencia al tratamiento.

Palabras claves: Crisis hipertensiva, hipertensión arterial

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of patients older than 40 years with hypertensive crisis attended in the emergency service of the Daniel A. Carrion Hospital in 2017.

Material and methods: A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out on 99 patients with hypertensive crisis.

Results: 99 patients were studied, 59.6% were female, 64% were overweight and obese, 70.7% had family inheritance of hypertension, 76.4% consumed excessively salt and 70.7% had noncompliance to pharmacological treatment.

Conclusion: The hypertensive crisis was more frequent in the age range 40-60 years, in female sex, mestizo race and obese, sedentary lifestyle, with excessive salt intake, lack of adherence to the treatment.

Keywords: Hypertensive crisis, arterial hypertension

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no trasmisible que afecta a los adultos mayores en países desarrollados o en vía de desarrollo, y es un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

La educación y la prevención conforman las medidas más importantes y menos costosa. El control y el seguimiento adecuado de estos pacientes deben constituir una prioridad en los centros médicos y hospitalarios.

Un paciente con una HTA mal controlada disminuye la calidad de vida y puede llevarlo a la muerte. Pero, con una buena educación acerca de la enfermedad podría hacer que el paciente tome conciencia, y con ello pueda alargar su tiempo de vida y vivir adecuadamente.

Estos pacientes con HTA no controlada entre el 1 al 2% presentan crisis hipertensiva que representan el 60% de las emergencias hipertensivas, principalmente en hombre que consumen tabaco y alcohol.

El médico debe tener información en su zona donde se desarrolla acerca de las características epidemiológicas de su población, que no son las mismas de una sociedad a otras. Las costumbres y los estilos de vida cambian constantemente, por lo que se hace necesario estudiar dichas características, sobre todo en provincias.

Por tal motivo, el presente estudio tiene como objetivo las características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1. GENERAL	1
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1. GENERAL	4
1.6.2. ESPECÍFICOS	4
1.7. PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	5
2.2. BASE TEÓRICA	10

2.3. MARCO CONCEPTUAL	19
2.4. HIPÓTESIS	20
2.4.1. GENERAL	20
2.5. VARIABLES	20
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	21
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	23
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	23
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	23
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	25
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
4.1. RESULTADOS	26
4.2. DISCUSIÓN	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
5.1. CONCLUSIONES	34
5.2. RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS	40

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 01	26
Intervalo de edad de pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 02	27
Género de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 03	27
Estado de nutrición de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 04	28
Procedencia de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 05	29
Ocupación de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 06	30
Hábito de fumar en pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia hospital daniel a. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 07	30
Actividad física de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 08	31
Antecedente de consumo de alcohol de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 09	31
Antecedente de consumo de sal de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	
TABLA N° 10	32
Cumplimiento de la medicación de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.	

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°01:	41
Operacionalización de variables.	
ANEXO N°02:	43
Instrumento.	
ANEXO N°03:	45
Validez de Instrumento – Consulta de Expertos.	
ANEXO N°04:	49
Matriz de consistencia.	

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad no transmisible y crónica. Es un problema de Salud Pública, debido a que los pacientes que padecen esta enfermedad tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular¹.

En nuestro País, la HTA presenta una prevalencia de 20% sin demostrar diferencias por sexo¹. Por otro lado, se reporta que la HTA fue de 44.1% en la costa y de ellos sólo el 22.8% tuvo HTA controlada².

En el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao se atienden en promedio 2 pacientes entre 50 a 70 años por día por presentar crisis hipertensiva. Además, el factor de riesgo de estos pacientes que acuden con frecuencia por el servicio de emergencia, se encuentra la HTA no controlada.

Por lo que, en la actualidad las características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos por el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión durante en el 2017.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son las características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017?

1.2.2. ESPECÍFICOS

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017?

¿Cuáles son las características de los estilos de vida de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Teórica.

La crisis hipertensiva es la causa más frecuente de hipertensión arterial en una unidad de emergencias a nivel mundial.

El presente aportará sustento teórico con respecto al diagnóstico preventivo de la crisis hipertensiva en lo referente al estilo de vida y las sociodemográficas los pacientes mayores de 40 años; con ello evitar las complicaciones que surgen a partir de dichas características y estilo de vida.

Social.

Sabemos que en nuestro medio hay una carencia de información y cultura medica asociada a una condición económica baja, lo que ocasiona que el paciente pierda minutos valiosos en el tratamiento certero, pues hace que acuda antes del hospital, a un boticario o tratamiento casero desconocido.

El Hospital Daniel A. Carrión que atiende una población de bajos recursos económicos, esta entidad constituye enfermedad crónica que

constantemente hay una carga de pacientes que acuden a la emergencia ocasionado alto costo para el estado, y a través del presente estudio se podrá realizar campañas preventivas a la sociedad.

Práctica.

Los emergencistas, lidian con este tipo de situaciones a diario, es por ello que ante una sospecha, es preciso realizar una adecuada anamnesis, seguida de un minucioso examen físico que permitan determinar el diagnóstico de crisis hipertensiva, para así disminuir las complicaciones.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación Espacial:

Servicio de Emergencia Hospital Daniel A. Carrión.

Delimitación Temporal:

Enero a Diciembre del 2017.

Delimitación Social:

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

Delimitación Conceptual:

Características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio no es experimental y no establecerá causalidad.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Describir las características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.

1.6.2. ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017

Especificar las características de los estilos de vida de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017.

1.7. PROPÓSITO

El presente estudio tuvo como propósito describir las características de los pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de Emergencia del Hospital Daniel A. Carrión, para que las autoridades del nosocomio realicen promoción y prevención de la salud en el distrito del Callao.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

NACIONALES

Herrera *et al.*⁴ ejecutaron una revisión bibliográfica no sistemática. De 197 artículos revisados, encontraron que, aunque el control de la HTA ha mejorado, es insuficiente y por debajo de otros países latinoamericanos. Los estudios que han evaluado el nivel de tratamiento y control de la HTA en el Perú, reportan que, en estos aspectos, menos del 50% de la población tienen niveles óptimos de tratamiento y control de la presión arterial, situación que los hace vulnerables al desarrollo de complicaciones serias, sino fatales, como consecuencia de infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, entre otras complicaciones. A nivel internacional, se ha apreciado una mejora sostenida tanto a nivel de tratamiento (44,5% a 55,6%) y control de la HTA (17,9% a 28,4%) en países de altos ingresos entre el 2000 al 2010. Mientras que, en países de medianos y bajos ingresos, esta mejora ha sido discreta en cuanto al tratamiento (24,9 a 29%) y ha disminuido en cuanto al control de la HTA (8,4 a 7,7%) (4). En nuestro país, los estudios TORNASOL I y II mostraron que hubo una mejora de 6,6% respecto al tratamiento y de 5,9% respecto al control de la HTA (15,16), con datos absolutos mejores que los vistos en una reciente revisión sistemática.

Oca-Rodríguez *et al.*⁵ desarrollaron una investigación descriptiva transversal en 98 pacientes seleccionados. Encontraron una mayor proporción de hipertensos gerontes no controlados y con factores de riesgo modificables y con estilos de vida inadecuados. Concluyeron que

son factores de riesgo modificables de HTA: el consumo de café, hábito de fumar, sedentarismo y escasa práctica de ejercicio.

Segura *et al.*² desarrollaron una investigación descriptiva transversal. Encontrando que los pacientes enterados que tienen hipertensión arterial sólo el 81.5% recibe tratamiento y están compensados el 52.4%. Otro aspecto importante en el tema de hipertensión arterial es cuantos son tratados y de ellos cuantos están bien controlados, y podemos observar en los pacientes que son hipertensos cada vez se tratan en mayor número, de un 72.7% hace 5 años, hoy tenemos 81.5%, y en lo referente a la cifra de pacientes bien controlados también se han incrementado de 14.7% a 20.6%, lo cual confirma el esfuerzo que se viene realizando sobre esta importante enfermedad cardiovascular que acorta la expectativa de vida si no es controlada.

Sánchez *et al.*⁶ ejecutaron una investigación descriptiva, transversal y prospectiva en 103 pacientes. Obteniendo los siguientes Resultados: 64,1% eran del sexo masculino; 77,7% tenían 60 años o más. El 44,7% no tienen educación; 58,3% eran casados; 41,7% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 47,6%. Se halló asociación entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). Concluyendo que la adherencia al tratamiento farmacológico fue baja y la principal causa de incumplimiento de la medicación antihipertensiva fue el olvido de la toma del medicamento.

INTERNACIONALES

García *et al.*⁷ realizaron un estudio descriptivo y prospectivo de 117 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Victoria" de Santa Lucía por presentar crisis hipertensivas, a fin de caracterizarle³ según variables clinicoepidemiológicas (edad, sexo, así

como antecedentes patológicos personales y familiares, entre otras). Se halló que los malos hábitos dietéticos y los estilos de vida inadecuados favorecieron el descontrol de la tensión arterial, de manera que los cuidados y labor educativa de enfermería fueron determinantes en la disminución de los graves efectos ejercidos por los factores de riesgo encontrados.

Álvarez *et al.*⁸ estudiaron 156 pacientes y encontraron que a edad promedio fue de 63 años y 73,7% eran mujeres. Respecto al tipo de crisis hipertensiva el 22,4% presentó emergencia y 77,6% urgencia hipertensiva. La mortalidad fue de 11,4%. Realizaron un estudio de corte transversal que incluyó pacientes >18 años de edad que ingresaron al servicio durante el periodo de estudio, diagnosticados con algún trastorno hipertensivo según el CIE-10; no se realizó muestreo. El análisis se realizó con el programa SPSS vr.24, a las variables cuantitativas con distribución normal se les calculó promedio y desviación estándar; a las variables cualitativas se les estimaron frecuencias absolutas y relativas. Resultados: Fueron incluidos 156 pacientes, la edad promedio fue de 63 años y 73,7% eran mujeres. Al ingreso, los síntomas más re-portados fueron cefalea con 59% y mareo con 38,5%. Respecto al tipo de crisis hipertensiva el 22,4% presentó emergencia y 77,6% urgencia hipertensiva. El 61,5% fueron hospitalizados y manejados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina un 25%. De los casos de emergencia hipertensiva, la principal afectación de órgano blanco fue el accidente cerebrovascular isquémico, en 1,4% y fallecieron 4 pacientes 11,4%. Concluyendo que las urgencias hipertensivas se presentaron con mayor frecuencia en la población estudiada, pero las emergencias tuvieron peores desenlaces.

Petermann *et al.*⁹ desarrollan una investigación descriptiva de la base de datos de la ENS 2009-2010 en 4901 participantes. Concluyen que el

mayor riesgo es la edad > de 25 años (OR=2.90), seguido de sobrepeso (OR=1.61), obesidad (OR=3.18), consumo de sal (O=2.91) y diabetes mellitus tipo2 (OR=2.23). Uno de los principales hallazgos de este estudio fue determinar que para ambos sexos el factor que presenta mayor riesgo para el desarrollo de HTA es la edad (> 25 años), seguido de factores de riesgo modificables, como sobrepeso y obesidad, obesidad abdominal, consumo de sal y DMT2. A partir de estos hallazgos y considerando que la HTA representa por sí misma una enfermedad y un factor de riesgo importante para el desarrollo de otras enfermedades cardiovasculares, se debe enfatizar el rol esencial de las estrategias de prevención que se realizan y se deben seguir realizando a nivel nacional, recalcando la importancia de disminuir su prevalencia, de generar políticas de salud pública que permitan educar a la población sobre la adopción de estilos de vida saludable, como lo es el disminuir el consumo excesivo de sal y mantener una alimentación balanceada, como también así incorporar la práctica regular de actividad física, factores que juegan un rol muy relevante en combatir la obesidad que es otro factor de riesgo para el desarrollo de HTA.

Corrales *et al*¹⁰ desarrollaron una investigación de corte retrospectiva en 608 pacientes en 15 años en 3 consultorios médicos de la familia del área de salud "Hermanos Cruz" en Pinar del Río . El universo estuvo constituido por los pacientes con 15 años o más quedando la muestra constituida por 608 pacientes hipertensos seleccionados al azar, los cuales fueron asignados a dos grupos: los tuvieron crisis hipertensivas el periodo de estudio y los que no. Se les realizó una entrevista médica y un examen físico, así como la revisión de las historias clínicas para obtener las variables de interés. El 55,6% perteneció al sexo masculino estadísticamente significativo ($p=0,027$). El grupo de edades que más

pacientes tuvo fue de más de 45 años hasta 55 años 29.1% ($p=0,015$). El 12,82% tuvo crisis hipertensivas, siendo más frecuentes las urgencias ($X^2= 31.57$; $p=1.9E-08$). Existió una asociación estadística entre el desarrollo de crisis hipertensivas y hábito de fumar ($X^2=33.48$; $p=7.19E-09$); alcoholismo ($X^2=114.24$; $p=1.15E-26$); obesidad ($X^2=80,0$; $p=3,7E-19$) y la no práctica de ejercicios físicos ($X^2= 5.01$; $p= 0,02$). Concluyendo que aún persisten en los pacientes hipertensos factores de riesgo modificables, sobre los cuales se puede actuar desde la atención primaria de salud en aras de disminuir las crisis hipertensivas las cuales pueden dar al traste con la vida de los pacientes.

Navas *et al.*¹¹ desarrollaron una investigación descriptiva transversal en 32 pacientes. No encontraron relación entre la ingesta de sal y presión arterial ($r=0.411$, $p<0.05$). Se encontró una ingesta media real de $3693,56\pm 2330,97$ mg de sodio. En el 59,4% de los casos las comidas las elaboraba otra persona diferente al paciente, siendo mayor el consumo de sodio en estos pacientes ($3.709,44\pm 529,37$ frente a $3.677,69\pm 649,27$ mg. Respecto a la percepción sobre la cantidad de sodio ingerida, el 9,4% decían no tomar nada, el 56,3% poco, el 21,9% lo normal y el 12,5% bastante. Los que decían no tomar nada de sodio y lo normal, el mayor aporte lo hacían durante la cena; y los que decían tomar poco sodio y bastante, era en el almuerzo. Se encontró correlación significativa entre ingesta de sodio total e IMC ($r=0,411$, $p<0,05$). No se encontró relación entre consumo de sodio y hipertensión arterial. Concluyendo que al menos en la muestra estudiada, no existe relación entre ingesta de sodio y presión arterial; existe una relación directa entre consumo de sodio y la persona que cocina. Por otro lado, la percepción que tienen estos pacientes respecto a su consumo de sodio es adecuada.

Martínez *et al.*¹² desarrollaron una investigación descriptiva y transversal 270 pacientes en la que la prevalencia de hipertensión arterial del estudio fue de 3,4%, siendo los más afectados los mayores de 60 años del sexo masculino; los hábitos alimentarios inadecuados (70,0%), los hábitos tóxicos (52,9%) y la eritrocitosis se presentaron con mayor frecuencia. El tener factores de riesgo resultó altamente significativo como predisponente para desarrollar hipertensión arterial, incrementando en 2,76 veces la presencia de esta. Concluyendo que existió una relación directamente proporcional entre la presencia de factores de riesgo y la hipertensión arterial en la serie estudiada.

2.2. BASE TEÓRICA

CRISIS HIPERTENSIVA

Se define como una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir, al menos en teoría, alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la hipertensión arterial (HTA): corazón, cerebro, riñón, retina y arterias.³²

CLASIFICACIÓN

La crisis hipertensiva puede ser de dos tipos³²:

1. Emergencia hipertensiva. Si hay daño agudo de órgano blanco.
2. Urgencia hipertensiva cuando no hay daño agudo en el momento pero sí hay un riesgo de que este daño se presente en el corto plazo. Dentro de este grupo incluiríamos las hipertensiones pre y postoperatoria, la de los pacientes trasplantados, y todas aquellas elevaciones bruscas de (TA) diastólica superior a 120 mmHg, sintomáticas o con síntomas leves.

Además, existe el paciente que puede tener niveles de PA muy altos pero que no cumple los tres criterios para diagnosticarlo como crisis hipertensiva. En ese caso, el diagnóstico a considerar es el de HTA no controlada.

EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia de crisis hipertensivas ha disminuido en forma progresiva en los últimos 25 años, como consecuencia de un mejor tratamiento de la hipertensión arterial esencial y de la disponibilidad de fármacos más eficaces y con menos efectos colaterales. Se ha calculado que entre el 1 y el 2% de los hipertensos esenciales presentan en su evolución un episodio de crisis hipertensiva. Antes del advenimiento de la terapéutica antihipertensiva, esta complicación afectaba al 7% de la población de hipertensos. Las crisis hipertensivas afectan habitualmente a hipertensos conocidos de larga data, pero también pueden producirse en pacientes con diagnóstico reciente o de corta evolución. El 60% de las emergencias hipertensivas se produce en pacientes con hipertensión esencial, en relación con una deficiente atención médica o con el abandono del tratamiento. La prevalencia de emergencias hipertensivas es mayor en pacientes de sexo masculino, fumadores, alcohólicos, toxicómanos e individuos de raza negra o amarilla³¹.

FISIOPATOLOGÍA

La presión arterial depende del volumen minuto o gasto cardíaco y de la resistencia vascular periférica (RVP). A su vez, el volumen minuto cardíaco o gasto cardíaco está determinado por la frecuencia cardíaca, la presión de llenado (precarga) y la contractilidad del miocardio. La taquicardia por lo

general no conduce a la hipertensión pero la sobrecarga aguda de líquido puede inducir crisis hipertensivas agudas. La sobrecarga hídrica contribuye al desarrollo de hipertensión severa en pacientes con insuficiencia renal, transfusiones excesivas o la administración de una cantidad excesiva de solución fisiológica. El aumento de la contractilidad del miocardio, como por ejemplo ocurre en el abuso de cocaína, puede conducir al aumento del volumen minuto cardíaco con hipertensión resultante. Sin embargo, la autorregulación por lo general limita el ascenso de la presión arterial mediante un descenso de la RVP. El aumento de la RVP es el común denominador en la mayoría de las crisis hipertensivas. Este aumento es mediado por el incremento de los niveles de catecolaminas circulantes, el aumento de la actividad alfa adrenérgica y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. La elevación de la presión arterial determina un aumento de la perfusión renal e induce natriuresis. Es importante recordar este fenómeno, dado que la mayoría de los pacientes que se presentan con crisis hipertensivas por lo general padecen una hipovolemia relativa. La disminución resultante del volumen arterial efectivo circulante estimula a los baro receptores y determina nuevos aumentos del tono alfa y beta adrenérgico³².

ESTILO DE VIDA: DESENCADENANTE DE CRISIS HIPERTENSIVA

El cambio del estilo de vida del paciente, requiere de un proceso educativo y acompañamiento por el equipo de salud, que puede precisar de una intervención multidisciplinaria. La consejería estructurada se considera importante, y también las intervenciones grupales para educación y cambio de hábitos liderados por enfermeras, los programas comunitarios de educación, y los clubes de hipertensos¹¹.

Para la adopción de un estilo de vida saludable tener en cuenta lo siguiente¹⁴:

- Dejar de fumar ·bajar de peso (y estabilizar el peso)
- Disminuir el consumo excesivo de alcohol ·ejercicios físicos
- Disminución del consumo de sal (6 g)
- Aumentar el consumo de frutas y verduras
- Disminuir el consumo de grasas saturadas y grasas trans

El tabaquismo es un factor de riesgo mayor para enfermedad cardiovascular. La supresión del tabaquismo es la medida preventiva sobre estilo de vida más efectiva para disminuir la mortalidad cardiovascular por IAM, ACV y enfermedad vascular periférica. Todos los pacientes hipertensos deben ser evaluados en relación al uso del tabaco, o como fumadores pasivos, a fin de aconsejar abandono del tabaco y promover los ambientes libres de humo ⁸.

El índice de masa corporal (IMC) se considera óptimo cuando el valor está entre 18,5 y 24,9 kg/m. Valores entre los 25 y 29.9 kg/m se considera como sobrepeso, mientras que valores superiores a los 30kg/m como obesidad La medición de la circunferencia abdominal es muy importante en la práctica clínica. Es recomendable una circunferencia menor de 94 cm en los varones y menor de 80 cm en la mujer, aunque no existen valores consensuados para la población latinoamericana. Una circunferencia igual o mayor de 88 cm en la mujer, e igual o mayor de 102 en el varón se consideran de muy alto riesgo cardiovascular⁹.

Los ejercicios aeróbicos regulares disminuyen la PA, y consecuentemente el riesgo de ECV y la mortalidad global. El riesgo de desarrollar hipertensión aumenta un 20-50% en los individuos sedentarios, por ello, se recomienda realizar ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, como caminata,

bicicleta o natación, 30 minutos diarios, por lo menos 6 veces por semana. Esto debe indicarse en la población en general, y según esquemas estructurados en forma individual en poblaciones especiales, como pacientes con insuficiencia cardíaca, antecedente de IAM, o adultos mayores con limitación funcional¹¹.

La actividad física adecuada puede inducir un descenso de 6-7 mmHg en la PA tanto sistólica como 8 diastólica. Además, ofrece beneficios adicionales de mejoría sobre el metabolismo lipídico (aumento del colesterol HDL, descenso de triglicéridos), incrementa la sensibilidad a la insulina y puede hacer más fácil dejar de fumar¹².

Con relación a la ingesta de sal, la respuesta varía ampliamente en distintos hipertensos. En general, la presión arterial de los ancianos, los de raza negra, los diabéticos y los denominados “no moduladores” aumenta más ante el consumo de sal. Debemos considerar, que entre el 40-45% de los pacientes con HTA tiene lo que se denomina “sal sensibilidad” esto quiere decir que son individuos que, si aumentan la ingesta de sal, su PA se eleva y viceversa. El porcentual remanente es conocido como “sal resistentes”¹⁵.

Hay evidencia que el consumo normal de sal en muchos países, es de 9 a 12 gramos/día. Según un estudio realizado, en el Paraguay el promedio de ingesta de sal es de 9.4 gramos/día. Una reducción a 5-6 gramos días reduce las cifras de PA tanto en individuos normales o hipertensos, y una reducción a 3-4 gramos/día tiene mayor efecto. Esto coincide con lo aconsejado por la Liga Mundial de Hipertensión Arterial en conjunto con la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial en su pedido a la reducción en la ingesta de sal a nivel internacional de acuerdo a lo solicitado por la Organización Mundial de la Salud. Esto se puede conseguir reduciendo al máximo el agregado de sal a las comidas, controlando el consumo de

panificados, no agregando sal en la mesa, no consumiendo alimentos preelaborados, fiambres o embutidos, quesos comunes (excepto los de bajo contenido de sodio), cremas, leche entera, etc. Más del 80% del sodio consumido proviene de los 15 alimentos procesados¹⁵.

Otro aspecto fundamental en el tratamiento del paciente hipertenso es evaluar el consumo de bebidas alcohólicas. La ingesta de alcohol en cantidades mayores que las recomendadas puede producir aumento de la PA con predominio sistólico. El consumo elevado de alcohol está asociado a un mayor riesgo de ACV isquémico y hemorrágico. Los datos epidemiológicos indican una correlación positiva entre la presión arterial y la ingesta de alcohol, lo que significa que a mayor ingesta de bebidas alcohólicas mayor elevación de la presión arterial. A su vez, la presión arterial disminuye con la reducción del consumo de alcohol y puede ser un recurso efectivo en bebedores importantes¹⁶.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La OMS define el término Cumplimiento o Adherencia Terapéutica como el grado con que el paciente sigue las indicaciones médicas; se trata de un proceso dinámico y multidimensional, donde el médico realiza ciertos acuerdos con el paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación en su estilo de vida;4 a esto se agregan otros factores que pueden alterar el grado de adherencia del paciente, como factores socioeconómicos, los relacionados con los sistemas de salud, con la enfermedad misma, con la terapia y factores relacionados con el propio paciente³³.

La OMS menciona que la adherencia terapéutica, a largo plazo, de las enfermedades crónicas solo se realiza en un 50% de los pacientes. Esta falta de seguimiento es menor en los países subdesarrollados, dado

principalmente por la escasez de recursos en los sistemas de salud. En el paciente la falta de adherencia causa descontrol de su padecimiento con la presencia de complicaciones a órganos blanco, colocándolo en una situación de riesgo, tales como recaídas más intensas, un efecto rebote, un sobreuso de los medicamentos, riesgos de dependencia, desarrollo de resistencia al tratamiento y toxicidad. Cabe mencionar que una buena adherencia terapéutica es la clave para abordar los procesos crónicos³³.

El apego de los pacientes con HAS a su tratamiento farmacológico es muy escaso. Se ha estimado que del 15% al 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año. Y más aún, es muy frecuente que quienes continúan el tratamiento se olviden de su dosis diaria en al menos una ocasión³².

Según Mc Donald, los pacientes que tienen adherencia terapéutica, logran normalizar su presión arterial; con ello aumenta su esperanza de vida entre 5 a 9 años más que quienes no lo siguen adecuadamente. Las mujeres tienden a realizar una mejor adherencia en comparación con los hombres³³.

El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no solo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo; no es un asunto solamente voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento. Para Cáceres,⁷ las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente³³.

Un tratamiento farmacológico adecuado para los pacientes hipertensos, debe tener un esquema muy fácil de seguir y por intervalos no muy largos, es decir, alternando los fármacos al menos cada mes o cada dos meses.³³

Algunos de los factores que aumentan la posibilidad de apego al tratamiento son: tener un muy alto valor de presión arterial, ser del sexo femenino, tener una mayor escolaridad e ingresos económicos y ser casado. Por otro lado, algunos de los factores que propician el abandono al tratamiento son: que el tratamiento sea muy complejo o esté prescrito por un periodo demasiado extenso, que los fármacos tengan efectos secundarios muy marcados o que sean muy caros, que el paciente sea fumador y/o alcohólico, que sea muy joven y que consuma alimentos con alto contenido de sal, entre otros.³³

PREVENCIÓN DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

Las modificaciones de los estilos de vida reducen la PA, aumentan la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuyen el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV). Las combinaciones de dos o más modificaciones en los estilos de vida pueden mejorar de manera positiva los resultados.³¹

Un estilo de vida saludable para la reducción de la PA y el riesgo cardiovascular, puede reducir, retrasar o eliminar, en algunos pacientes, la necesidad de tratamiento farmacológico por un tiempo prolongado.³¹

- Desaconsejar el excesivo consumo de café (5 o más tazas por día) y de otros productos ricos en cafeína.
- No hay evidencias que demuestren que ofrecer suplementos de calcio, magnesio y potasio reduzca la PA.

- Aunque no existe una fuerte relación entre fumar y la PA, existen evidencias muy fuertes de que dejar de fumar disminuye el riesgo de ECV.

La probabilidad de enfermedad cardiovascular aumenta continuamente con el aumento de un factor de riesgo como la tensión arterial, y no existe un umbral natural. La mayor parte de las enfermedades cardiovasculares en la población se registran en personas con un nivel de riesgo medio, porque constituyen la proporción más alta de la población. A pesar de que un nivel muy alto de factores de riesgo aumenta las probabilidades de que un individuo padezca una enfermedad cardiovascular, el número de casos derivados de este grupo es relativamente bajo a causa de la proporción relativamente baja de personas que conforman este segmento de población. El enfoque poblacional, por lo tanto, se basa en la observación de que la reducción eficaz de las tasas de riesgo cardiovascular en la población habitualmente exige cambios a escala comunitaria de los comportamientos malsanos o una reducción de la media de los factores de riesgo. En consecuencia, estas intervenciones consisten principalmente en modificaciones generales del comportamiento. En el enfoque poblacional, las intervenciones están dirigidas a la población, la comunidad, los lugares de trabajo y las escuelas, con el fin de modificar los determinantes sociales y ambientales³⁵.

Por lo tanto, además de fortalecer los sistemas de salud, un programa costo efectivo debe incluir enfoques poblacionales para que la distribución de la tensión arterial de toda la población se desplace hacia un patrón saludable. Los enfoques poblacionales para reducir la hipertensión son similares a los que buscan abordar otras enfermedades no transmisibles importantes. Requieren políticas públicas para disminuir la exposición de toda la

población, y particularmente de niños, adolescentes y jóvenes, a factores de riesgo como la dieta malsana, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol o el tabaquismo³⁴.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

CARACTERÍSTICA .se refieren al carácter propio o específico de algo. ³⁹

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. Cualidad o circunstancia que es propia o peculiar de una persona y por la cual se define o se distingue de otras de su misma especie³⁰.

ESTILOS DE VIDA. Son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud³¹.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Cifras superiores a valores convencionales de normalidad, 140/90 mmHg , para cualquier edad o sexo, sin tener en cuenta variaciones geográficas ni étnicas ³².

HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA. paciente toma en forma irregular o suspende por períodos el tratamiento, cuando aumenta la ingesta de sal, si aumenta de peso, si utiliza medicamentos que pueden elevar la presión como los antigripales (cuando se le prescribe algún nuevo medicamen¹⁴.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA. Es una situación que requiere una reducción inmediata de la presión arterial (en menos de 1 hora después del

diagnóstico), con medicación parenteral, debido al elevado riesgo de que se produzca daño agudo o progresivo de órganos diana (cerebro, retina, corazón, riñón, vasos sanguíneos etc) que pueden quedar irreversiblemente afectados¹⁵.

URGENCIA HIPERTENSIVA. Cuando se produce una elevación brusca de la presión arterial, en relación con las cifras tensionales habituales del paciente o cuando la presión arterial ¹⁶.

CRISIS HIPERTENSIVA. Es una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir, al menos en teoría, alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la hipertensión arterial (HTA): corazón, cerebro, riñón, retina y arterias. Cabe señalar que esta definición no hace referencia a la sintomatología acompañante, ni si afecta a pacientes con/sin diagnóstico previo de HTA ².

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

Por ser un estudio descriptivo no se formula hipótesis

2.5. VARIABLES

Variable de estudio: características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. Cualidad o circunstancia que es propia o peculiar de una persona y por la cual se define o se distingue de otras de su misma especie³⁰.

CARACTERÍSTICAS DE ESTILO DE VIDA. Son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud³¹.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mmHg.¹²

CRISIS HIPERTENSIVA. Aumento súbito de la presión arterial en pacientes con o sin antecedente de hipertensión arterial.¹²

EDAD. Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el día de registro de la información³².

GÉNERO. conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos.³⁸

OBESIDAD. Según índice de masa muscular, que figura en la historia clínica³⁰.

HÁBITO DE FUMAR. Hábito de fumar cigarrillos, pipas o sustancias asociadas a nicotina, al menos una vez al día durante el último año³¹.

ALCOHOLISMO. Ingestas repetidas de alcohol de formas excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud³².

INGESTA DE SAL. Ingesta fuera de los límites recomendados, según lo que figura en la historia clínica³⁰.

SEDENTARISMO. Característica que indica ausencia o disminución de actividad física. Menos de 30 minutos diarios tres veces por semana de actividad física cardiovascular³¹.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Como puede apreciarse esta investigación según su diseño es un estudio:

No experimental: Las variables de estudio no se manipulan ya que solo observamos los fenómenos tal y como se dan en su ambiente natural.

Transversal: Se realizó la recolección de datos en un momento del tiempo y en una población determinada.

Descriptivo. Sólo describirá las características de los pacientes con de la crisis hipertensiva.

Retrospectivo: Su inicio es después a los eventos estudiados, es decir los datos pertenecen al pasado que se consiguieron de los registros y de historias clínicas pero que se analizan en el tiempo presente.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN DE ESTUDIO: 122 pacientes atendidos de Enero a Diciembre del 2017 en el servicio de Emergencia del Hospital Daniel A. Carrión con el diagnóstico de crisis hipertensiva, que reunieron los siguientes:

- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes mayores de 40 años
 - Pacientes de ambos sexos
- **Criterios de exclusión**
 - Historias clínicas incompletas
 - Que padezcan una enfermedad que produzca una HTA secundaria

MUESTRA

Se tomó una muestra poblacional de 99 pacientes que reunieron los criterios de inclusión y exclusión

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS

Se procedió a pedir el permiso a la Oficina de Archivo de Historias Clínicas, con una solicitud dirigida al Director del Hospital Daniel A. Carrión para la autorización de la revisión de las historias clínicas.

Se obtuvo las historias clínicas de los pacientes con crisis hipertensiva, durante el período de Enero a Diciembre del 2017. Las historias clínicas fueron seleccionadas si cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

En el presente estudio no se elaboró un instrumento. Se relleno los ítems correspondientes de la hoja de recolección, las historias incompletas fueron descartadas del estudio

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisó las hojas de recolección de datos, para verificar si se habían llenado todos los ítems. En el caso que no hayan llenado algún ítem se desecho la hoja.

Las variables fueron codificadas y se ingresó los datos al programa Epi Info. Los resultados de las variables cualitativas se mostró en tabla de frecuencias y los datos cuantitativos en tablas o gráficas.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En el presente estudio se hizo un análisis cuantitativo de los datos. Las variables demográficas se analizaron con estadística descriptiva. Se calculó las medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas edad y de las cualitativas se muestra la frecuencia de ellas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida fue utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación y fue totalmente confidencial, aplicándose los principios éticos de investigación (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)

Con autorización y permiso del departamento de investigación y Ética del Hospital Daniel A. Carrión, además del comité de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Se estudiaron 99 pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva que reunieron los criterios de inclusión y exclusión, cuya edad promedio fue de 62.63 años [47-81 años] y con una DE = 13.34

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 01: INTERVALO DE EDAD DE PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Intervalo de edad	Frecuencia	Porcentaje
40-60 años	74	74,7
> 60 años	25	25,3
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 01 se observa que el 74.7% fueron pacientes entre los 40 y 60 años de edad y el 25.3% mayores de 60 años.

TABLA N° 02: GÉNERO DE PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	40	40,4
Femenino	59	59,6
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 02 se observa que el 59.6% fueron pacientes de género femenino y el 40.4% de sexo masculino.

TABLA N° 03: ESTADO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Estado de nutrición según IMC	Frecuencia	Porcentaje
Infrapeso	3	3,0
Normal	32	32,3
Sobrepeso	33	33,3
Obesidad I	23	23,2
Obesidad II	6	6,1
Obesidad III	2	2,0
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 03 se observa que el 32.3% de los pacientes tenían peso normal, 33.3% sobrepeso, 23.2% obesidad I, 6.1% obesidad II y 2% obesidad III.

TABLA N° 04: PROCEDENCIA DE PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Distrito	Frecuencia	Porcentaje
Callao	49	49,5
Ventanilla	25	25,3
San Miguel	11	11,3
San Martín de Porres	3	3,1
Tarapoto	2	2,1
Pachacútec	2	2,1
Huánuco	1	1,0
Ucayali	1	1,0
Cajamarca	1	1,0
Los Olivos	1	1,0
Pueblo Libre	1	1,0
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 04 se observa que el 49.5% de los pacientes procedían del distrito del Callao, 25.3% de Ventanilla y el 11.3% de San Miguel.

TABLA N° 05: OCUPACIÓN DE PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	50	50,5
Comerciante	13	13,1
Chofer	10	10,1
Desocupado	5	5,1
Empleado	5	5,1
Obrero	5	5,1
Jubilado	3	3,0
Soldador	2	2,0
Empleada doméstica	1	1,0
Cobrador de combi	1	1,0
Vigilante	1	1,0
Policía	1	1,0
Ingeniero	1	1,0
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 05, se observa que el 50.5% de los pacientes tenían como ocupación ama de casa, comerciantes el 13.1 %, 10.1% choferes, 5.1% obreros, 5.1% empleados y 5.1% desocupado.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA N° 06: HÁBITO DE FUMAR EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Hábito de fumar	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	27,3
No	72	72,7
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 06, se muestra que el 27.3% tenía el antecedente de fumar cigarrillo y el 72.7% no fumaba

TABLA N° 07: ACTIVIDAD FÍSICA DE PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Sedentarismo	74	74,7
Práctica deporte	25	25,3
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 07 se observa que el 74.7% de los pacientes no realizaba actividad física y el 25.3% practicaba deportes.

TABLA N° 08: ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	21,2
No	78	78,8
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 08 se observa que el 21.2% de los pacientes consumía alcohol con frecuencia y 78.8% no lo consumía

TABLA N° 09: ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SAL EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Consumo de sal	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	76,8
No	23	23,2
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la TABLA N° 09 se observa que el 76.8% de los pacientes consumía sal en forma excesiva y 23.2% no lo consumía.

TABLA N° 10: CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN DE PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Cumplimiento de la medicación	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	29,3
No	70	70,7
Total	99	100,0

Fuente: Historias Clínicas del HNDAC, 2017.

En la TABLA N° 10 se observa que el 70.7% de los pacientes no cumplía con la medicación y 29.3% si lo cumplía.

4.2. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible que afecta, generalmente, al adulto mayor. En muchas ocasiones la falta de adherencia al tratamiento y el no modificar sus hábitos nocivos condiciona a la presencia en las emergencias de pacientes con crisis hipertensiva.

En el sexo femenino se presenta con mayor frecuencia la crisis hipertensiva, que es debido al aumento del tono vascular de las arterias periféricas; además de la disminución de la producción de hormonas esteroideas en mujeres de mayor edad pre y post menopausia. Como lo sostienen los estudios de Oca *et al*⁶, Valdez *et al*²⁵, y Vásquez *et al*⁶, y también nuestro estudio.

El sedentarismo, es perjudicial para la salud en general, ya que propicia la inmovilización de colesterol y ácidos grasos libres y por consiguiente su acumulación en el organismo, lo que conlleva a la dislipidemia y favorece la aterosclerosis, evento adverso y propicio para producir un aumento de la presión arterial, como lo reportan en sus estudios González *et al*²⁷, Oca *et al*⁶, y el presente estudio.

La obesidad y el alcoholismo se encuentran frecuentemente en pacientes con crisis hipertensiva, este último es considerado un riesgo, dañino y perjudicial para la salud. Estos 3 elementos se encontraron con alta frecuencia en los estudios de Oca *et al*⁵, Paramio *et al*²⁸ y el presente estudio.

El cumplimiento del tratamiento no farmacológico como la dieta baja en sal y el no fumar cigarrillo son importante y decisivo para tener controlada la presión arterial. Encontrándose porcentajes elevados de consumo de sal y fumar cigarrillo en los estudios de González *et al*²⁷, y Oca *et al*⁶, pero sólo el consumo de sal excesivo en el presente estudio.

Muchas veces la crisis hipertensiva se debe a una falla en el tratamiento farmacológico, como lo demuestra Arnez *et al*⁹ en su estudio encontraron que el 49% de los pacientes estudiados no cumplían su tratamiento, similares resultados se encontraron en el estudio de González *et al*²⁷ y en nuestro estudio. Esto puede ser debido a una falta de compromiso del paciente, falta de adherencia al tratamiento por motivos educativos, socio económicos, cantidad de medicamentos, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo entre otros.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográfica de crisis hipertensiva en la unidad de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión fueron el intervalo de edad 40-60 años, género femenino y ocupación amas de casa.
- Las características de los estilos de vida de crisis hipertensiva en la unidad de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión fueron sedentarismo, sobrepeso, obesidad ingesta excesiva de sal y falta de adherencia al tratamiento.

5.2. RECOMENDACIONES

- Concientizar a los pacientes con predisposición a padecer HTA en el cuidado de su salud en forma preventiva.
- Educar a los pacientes con HTA en el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda JJ, Herrera VM, Chirinos JA, Gómez LF, Perel P, Pichardo R, et al. Major Cardiovascular Risk Factors in Latin America: A Comparison with the United States. The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). Pereira RI, editor. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e54056.
2. Segura L, Agusti R, Ruiz E. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. *Rev Peru Cardiol*. 2011;37(1):19-27.
3. Segura L. Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018; 64(2):185-90.
4. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodriguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017; 34(3):497.
5. Oca-Rodríguez A, Naranjo-Herrera Y, Medina-González G, Hernández-Martínez B, Jorge-Molina M. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. *Rev Soc Peru Med Interna* 2012; 25(2): 70-73.
6. Sánchez S. Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Regional Docente las Mercedes- Chiclayo. Tesis de título profesional de Médico-Cirujano. Chiclayo: Universidad Nacional de Cajamarca; 2016 [citado 12 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1165/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. García-López I, Luna-González A. Características clinicoepidemiológicas de pacientes ingresados por crisis hipertensivas en la Unidad de Cuidados Intensivos de Santa Lucía. *MEDISAN*, 2011;15(3): 316-322.

8. Álvarez-Hernández LF, Gallego-González D, Bañol-Betancur JI, Martínez-Sánchez LM, Rodríguez-Gázquez MA, Marín-Cárdenas JS, Marín-Castro AE, Jaramillo-Jaramillo LI. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con crisis hipertensivas atendidos en el servicio de urgencias de una institución de alto nivel de complejidad, Medellín, Colombia 2014-2015. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2018; 13 (4): 330-334.
9. Petermann F, Durán E, Labraña AM, Martínez MA, Leiva AM, y cols. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial. *Rev Med Chile* 2017; 145: 996-1004.
10. Corrales A, Quintero W, González Y, Semino B, Arenciba L. Factores de riesgo y desarrollo de crisis hipertensivas en hipertensos. *Rev Cienc Médicas*. 2012;16(1):76-86.
11. Navas L, Nolasco C, Carmona C, López M, Santamaría R, Crespo R. Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos. *Enferm Nefrológica*. 2016;19(1):20-8.
12. Martínez M, Gort M. Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. *Rev Cienc Médicas*. 2015;19(5):938-47.
13. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención. 2009. [citada el 9 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>.
14. Ministerio de Salud. Perú: enfermedades transmisibles y no transmisibles [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html.
15. Fernández M. Hipertensión arterial sistémica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán»; 2016. Disponible en:

https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/Hipertension_arterial_sistemica.pdf.

16. Chayán M, Gil J, Moliner J, Ríos M, Castineira M del C, González C, et al. Urgencias y emergencias hipertensivas. *Cad Aten Primaria*. 2010;17:192-5.
17. Zanchetti A, Mancia G, Black HR, et al. Facts and fallacies of blood pressure control in recent trials: implications in the management of patients with hypertension. *J Hypertens* 2009; 27: 673 - 679.
18. Ohta Y, Kimura Y, Kitaoka C, Sakata T, Abe I, Kawano Y. Blood pressure control status and relationship between salt intake and lifestyle including diet in hypertensive outpatients treated at a general hospital. *Clin Exp Hypertens* 2017; 39 (1): 29-33.
19. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42 (6): 1206-52.
20. Talukder MA, Johnson WM, Varadharaj S, Lian J, Kearns PN, El-Mahdy MA, et al. Chronic cigarette smoking causes hypertension, increased oxidative stress, impaired NO bioavailability, endothelial dysfunction, and cardiac remodeling in mice. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2011; 300 (1): H388-96.
21. Viridis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des* 2010; 16 (23): 2518-25.
22. Primatesta P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. *Hypertension* 2001; 37 (2): 187-93.
23. Goldbourt U, Medalie JH. Characteristics of smokers, non-smokers and ex-smokers among 10,000 adult males in Israel. II. Physiologic,

- biochemical and genetic characteristics. *Am J Epidemiol* 1977; 105 (1): 75-86.
24. Benowitz NL, Sharp DS. Inverse relation between serum cotinine concentration and blood pressure in cigarette smokers. *Circulation* 1989; 80 (5): 1309-12.
25. Valdés Ramos E, Bencosme Rodríguez N. Frecuencia de la hipertensión arterial y su relación con algunas variables clínicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cub Endocrinol.* 2009;20:77-88.
26. Vázquez Vigoa A, Fernández Arias MA, Cruz Álvarez NM, Roselló Azcanio Y, Pérez Caballero MD. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo. Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. *Rev Cub Med.* 2006;45:(3).
27. González-Rodríguez R, Martínez-Cruz M, Castillo-Silva D, Rodríguez-Márquez O, Hernández-Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Rev Finlay* 2017; 7(2):74-80.
28. Paramio Rodríguez A, Marín Hernández D. Prevalencia de la hipertensión arterial sistólica aislada y factores de riesgo asociados en dos barrios del municipio independencia estado tachira. *Rev Haban Cienc Méd* 2007;6(2).
29. Arnéz-Terrazas R. Rodríguez-Quiroga SA, Flor-Rocha J. Aspectos epidemiológicos y clínicos de la crisis hipertensiva en pacientes del Hospital Obrero Nro 2 – CNS Cochabamba. *Gaceta Médica Boliviana.* 2008: 25-30.
30. Borda M. El proceso de investigación. Ed. Universidad del Norte-Colombia, 2013.
31. Consenso Paraguayo de Hipertension Arterial 2015. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2016; 3 (2): 11-57

32. Bernedo A. Crisis hipertensiva. *Rev Soc Peru Med Interna* 2017; 30 (3): 168-171.
33. Cabrera M, López J, Villaseñor M, Hernández JC. Adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y factores coadyuvantes, de la Colonia “Juan Escutia”, Delegación Iztapalapa, México, D.F. 2013. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 2013; 16(2):62-68.
34. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra, *Organización Mundial de la Salud*, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>).
35. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (WHA 57.17) (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>).
36. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra. *Organización Mundial de la Salud*, 2003 (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html>).
37. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial. Ginebra, *Organización Mundial de la Salud*, 2010 (WHA 63.13) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-en.pdf).
38. Departamento de Género, Mujer y Salud (GWH) Salud Familiar y Comunitaria (FCH) Organización Mundial de la Salud Avenue Appia 20 CH-1211 Ginebra 27 Suiza Correo electrónico: genderandhealth@who.int
39. 2014, *Caracteristica Universalis* en K. Mulligan, ed., *Language, Truth and Ontology*, (Serie de estudios filosóficos). Kluwer: 50–81

ANEXOS

ANEXO N° 01: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: MOLINA GAVILÁN JENNY ELIZABETH

ASESOR: JARAMILLO SAMANIEGO JOSÉ GERMÁN


LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERETENSIVA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

VARIABLE DE ESTUDIO: CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE CRISIS HIPERTENSIVA			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	
Hábito de fumar	Si/No	Nominal	Documental
Consumo de sal	Si/No	Nominal	Documental
Consumo de alcohol	Si/No	Nominal	Documental
Cumplimiento de medicación	Si/No	Nominal	Documental
Actividad física	Sedentarismo Práctica deporte	Nominal	Documental

VARIABLE DE ESTUDIO: CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA DE CRISIS HIPERTENSIVA			
INSTRUMENTO	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Peso	Infrapeso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III	Ordinal	Documental
Edad	40 -60 años >60 años	Nominal	Documental
Género	Masculino Femenino	Nominal	Documental

ANEXO N°02: INSTRUMENTO

	UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
---	---

Título: CARÁCTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

Autor: Molina Gavilán Jenny Elizabeth

Fecha:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ocupación

Distrito de procedencia

Peso

Infrapeso ()

Normal ()

Sobrepeso ()

Obesidad I ()

Obesidad II ()

Obesidad III ()

Fuma cigarrillo

Si () No ()

Consumo de sal

Si () No ()

Consumo de alcohol

Si () No ()

Cumple medicación

Si () No ()

Actividad física

Sedentarismo () Práctica deporte ()

Edad

40-60 años

>60 años

Género

Masculino ()

Femenino ()

ANEXO N°03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

Apellidos y Nombres del Experto: JARA MILLO ANDRÉS JOSÉ GEREMÁN
 Cargo e Institución donde labora: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.
 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 Nombre del instrumento: Factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes mayores de 40 años, atendidos en el servicio de emergencia del Hospital "Daniel A. Carrión" en el 2017
 Autora del instrumento: Molina Gavilán Jenny Elizabeth

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Pre eclampsia					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación a las variables.					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación relacional					✓

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lima, 31 Enero de 2018

(Molina Gavilán)

Firma del Experto
 D.N.I N° 08417021
 Teléfono 919461505

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: OMAR HUATUCO LOPEZ
 1.2 Cargo e institución donde labora: HNOAC
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento: JENNY ELIZABETH MOLINA GAVILAN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación).					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

ES SENCILLO Y PRÁCTICO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, de 201:

Firma del Experto

D.N.I N° 09926227

Teléfono 993341139


DR. OMAR HUATUCO LOPEZ
 MEDICINA INTERNA - EMERGENCIAS
 CAMP 35796 RUC 28010

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mantique Asio Emma Nancy
 HINDAE
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento: JENNY ELIZABETH MOLINA GAVILAN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación).					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

ES SENCILLO Y PRÁCTICO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 10 Enero de 2019

Firma del Experto
 D.N.I Nº 4160361
 Teléfono 987761499


 Dra. E. Nancy Mantique Asio
 MEDICO INTERNISTA
 CMP: 52509 RNE: 025415

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **FERNANDO AGUILAR LLANOS**
 1.2 Cargo e institución donde labora: **HNDAC JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA**
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento: **JENNY ELIZABETH MOLINA GAVILAN**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación).					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

ES SENCILLO Y PRÁCTICO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, _____ de 201:

Firma del Experto

D.N.I. N° **6605974**

Teléfono **715241044**



HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

DR. FERNANDO AGUILAR LLANOS
 MEDICINA INTERNA
 C.M.P. 12601 RNE 14874
 JEFE DE SERVICIO DE MED 2 TA

ANEXO N° 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: MOLINA GAVILÁN JENNY ELIZABETH

ASESOR: JARAMILLO SAMANIEGO JOSÉ GERMÁN

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS CON CRISIS HIPERTENSIVA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN EN EL 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>GENERAL: PG: ¿Cuáles son las características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017?</p> <p>ESPECÍFICOS: PE 1: ¿ Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las características de los estilos de vida de los pacientes</p>	<p>GENERAL: OG: Describir las características de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017</p> <p>ESPECÍFICOS: OE1: Identificar las características socio demográficas de los pacientes mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017</p> <p>OE 2: Especificar las características de los estilos de vida de los pacientes</p>	<p>Por ser un estudio descriptivo no presenta hipótesis</p>	<p>VARIABLE DE ESTUDIO: Características de la crisis hipertensiva INDICADORES Peso Fuma cigarrillo Estrés Consumo de sal Consumo de alcohol Cumple medicación Actividad física Edad Sexo</p>

<p>mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017?</p>	<p>mayores de 40 años con crisis hipertensiva atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión en el 2017</p>				
DISEÑO METODOLÓGICO		POBLACIÓN Y MUESTRA		TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
<p>- NIVEL : Descriptivo</p> <p>- TIPO DE INVESTIGACIÓN: Observacional, transversal, retrospectivo</p>		<p>POBLACIÓN: N = 122 Criterios de Inclusión: Mayores de 40 años de edad Ambos sexos Criterios de exclusión: Historias clínicas incompletas Tamaño de muestra: Muestra poblacional: 99 pacientes</p>		<p>TÉCNICA: Documentación INSTRUMENTO: Documental</p>	