# TEMA

**LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL AYUNTAMIENTO DE TAPACHULA, CHIAPAS**

# TITULO

**PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS, EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS DE LOS TRABAJADORES DEL AYUNTAMIENTOS DE TAPACHULA, CHIAPAS JUNIO-JULIO DEL 2016**

**INTRODUCCION.**

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónico- degenerativas que por sus características propias se ha convertido en uno de los mayores obstáculos para que la población pueda tener una mejor calidad de vida.

En la actualidad constituye un problema de salud por la magnitud y transcendencia de sus complicaciones. En los últimos años, debido probablemente al mejor diagnóstico y a los programas de detención oportuna, el número de hipertensión diagnosticados se ha elevado en forma considerable en las unidades de primer nivel de atención de igual manera se ha observado incremento en la demanda de hospitalización por hipertensos en los últimos años, casi cinco veces mayor que otros padecimientos.

Cada año aparecen múltiples publicaciones que abordan métodos de diagnóstico y avances en la terapéutica, sin embargo, pocos estudios se refieren al impacto de la atención en el adecuado control de la presión arterial del paciente hipertenso. La importancia del buen control de la presión arterial es incuestionable.

Existen confirmaciones recientes de los efectos preventivos del buen control metabólico de la aparición y velocidad de progresión de las complicaciones crónicas asociadas con la hipertensión.

Los factores que se han identificados como determinantes en el control de la presión arterial son: la dieta, activación física, el acceso a los servicios de salud, la adherencia al tratamiento y la educación al paciente con hipertensión.

Se tiene conocimiento por publicaciones aparecidas de la prevalencia de la hipertensión arterial en México, que va de 6% hasta el 35.1% dependiendo el lugar realizado, en Chiapas va la prevalencia de 22% a 25.9% y que esta modifica dependiendo de los factores ya sean modificables (tabaquismo, obesidad, etc.) o no modificables (genero, edad, etc.)

A pesar de tener un amplio conocimiento de la hipertensión arterial que nos habla del incremento de la enfermedad, así como las complicaciones que secundariamente se presentan, no se tiene un amplio panorama de la hipertensión en Chiapas, ni mucho menos en comunidades rurales.

En este estudio se trata de conocer el impacto que tiene la hipertensión arterial en el Ayuntamiento de Tapachula Chiapas conociendo la prevalencia y los factores asociados y así poder dar una mejora de la política pública basado en la salud de los trabajadores

**CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO**

* 1. **ANTECEDENTES**
  2. **DEFINICIÓN**
  3. **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**
  4. **MARCO JURÍDICO.**

**CAPÍTULO I**

* 1. **MARCO TEORICO.**
     1. **ANTECEDENTES:**

Merced a los descubrimientos de Harvey en el siglo XVII (izquierdo. 1965) y de haller en 1773, que fincaron bases fisiológicas de la circulación sanguínea y de la presión arterial, se logró desarrollar el actual esfigmomanómetro por Riva Rocci, hace poco más de 100 año, instrumento que permitió hacer de la presión arterial sanguínea ya no un concepto vago, sino un dato de acceso universal, haciendo factible el estudio de la hipertensión arterial, no tan solo por el método clínico, sino también por el método epidemiológico. Tres años después de la introducción del esfigmomanómetro en la práctica clínica, en 1899, el Dr. Moritz, señalaba en el primer congreso de médicos de compañías de seguros, celebrado en brúcelas que la apoplejía era una de las principales causas de pérdidas de dicha organización privada, para 1909 las compañías de seguro tomaban sistemática la presión arterial de sus clientes y en 1914 el Dr. Fisher señalaba que no se debían aceptar personas con presión sistólica mayor de 140 mm de hg. A partir de la segunda década del siglo XX las compañías de seguro desarrollan grandes estudios epidemiológicos, T Janeway en 1913 realiza el primer estudio de cohortes en pacientes privados y posteriormente W.H Frost estudia a medio millón de asegurados de la compañía metropolitana de seguros de Nueva York.

Sin embargo a pesar de medirse la presión arterial, es decir, de hacerse público un dato, el fenómeno de la hipertensión arterial, permanece oscuro en lo que respecta a sus causas, por lo que la enfermedad adquiere el carácter esencial, sin embargo, merced a estudios acuciosos se han identificado las causas de algunas variedades de hipertensión arterial, hipertensión secundaria que afecta a una minoría de los casos, ya que en la mayoría de los mismos, (aproximadamente entre 90 y 95%) no se puede identificar una causa específica. Sin embargo, cabe señalar que el principal logro de la medición ha sido el establecimiento de parámetros pronósticos, al establecer las cifras de normalidad para la presión arterial, de la población humana en 120/80 milímetros de mercurio, para sus dimensiones sistólicas y diastólicas y las anormalidades a cifras superiores o igual a 140/90 mm de Hg. Estos parámetros han sido recomendados por el máximo organismo de salud del mundo, de la organización mundial de la salud (OMS, 1959).

Para 1945, al finalizar la segunda guerra mundial, merced a las profundas modificaciones sociales, políticas, culturales y económicas, que venían gestándose desde fines del siglo pasado, los países denominados “desarrollados” observan con gran preocupación que el perfil de mortalidad se modifica, manifestándose como una seria amenaza el creciente número de defunciones por enfermedades cardio-vasculares, situación originalmente percibida por los médicos clínicos, quienes enfrentaban estos fallecimientos en su práctica diaria, como un desenlace dramático y súbito en pacientes con cifras de presión arterial altas. Al efecto dos médicos norteamericanos, Gold ring y chasis (1945) analizaron epidemiológicamente los datos referentes a las defunciones de este tipo de pacientes, demostrando que la hipertensión arterial no tratada, presentaba una seria de complicaciones cuyo desenlace era mortal y que precisamente se registraba no como hipertensión, sino como motivos de defunción en el grupo de las enfermedades cardio- vasculares (ataque cardiaco 54%, accidente cerebro vascular 13% , infarto miocardio y muerte súbita 13%, insuficiencia renal 9% y otras11%).

El conocimiento así sistematizado, mediante al criterio clínico epidemiológico, además de precisar la representación técnica de la hipertensión arterial como una enfermedad grave, llamo poderosamente la atención a los servicios de salud, como fenómeno grupal o poblacional, destacándose los estudios realizados por los ingleses quienes señalaron la característica esencial y familiar de la hipertensión arterial, así como la correlación estadística negativa entre cifras altas y reducción de expectativa de vida, estos dos últimos estudios fueron realizados por pickering (1967)(1968).

La clínica y la epidemiologia habían señalado a la hipertensión arterial, como problema de orden individual y grupal, es decir como problema de salud pública que efectúa el bienestar y la existencia del hombre. A partir de entonces, la carrera por explicar la causalidad de la hipertensión arterial, ha sido una de las metas de la biomedicina y la epidemiologia moderna. Sin embargo, en la actualidad, se considera a la hipertensión arterial como “un problema multifactorial común, de causa desconocida en parte determinado molecularmente, donde al menos 10 genes han sido involucrados como modificadores de la presión arterial, dichas mutaciones alteran la presión sanguínea a través de un camino común, cambiando sal y agua a nivel celular en riñón (lifton R.P) el enfoque casual biomédico, seguía la tradición experimentalista de C. bernard hacia el medio interno.

Pero la dimensión de la enfermedad va más allá de los aspectos biológicos y moleculares y la hipertensión arterial no es la excepción, ya que la enfermedad se inserte, se incide se transforma en sociedad, aspecto subrayado por Virchow desde el siglo XX. Pero en el caso de la hipertensión arterial, es hasta en los sesenta y en Sudáfrica donde por primera vez se pone de manifiesto el carácter sociocultural del padecimiento, al enfocarlo mediante la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos (el método epidemiológico y el método etnográfico) para así tratar de explicar y comprender, sobre todo, alguno ¿Por qué? De la importancia del contexto sociocultural en las génesis de la hipertensión arterial, al constatar e interpretar la frecuencia de las enfermedades en dos grupos de una misma etnia, en ambiente sociocultural diferentes. (scotch 1963).

Actualmente los estudios clínicos, epidemiológicos y socioculturales han dado cuenta de aspectos más finos del proceso salud-enfermedad-atención, denominados hipertensión arterial, de manera que al padecimiento se le considera un animante como un problema de salud a nivel mundial cuya prevalencia se estima entre un 10 a 15% de la población en general, es decir entre doscientos y trescientos millones de personas en el mundo. Cabe señalar que si bien se ha logrado avances en el conocimiento clínico y epidemiológico de la presión arterial, este conocimiento ha sido un correlato de la práctica médica hegemónica y de la industria farmacéutica, por lo que se ha perfilado este saber, en términos de biologizacion creciente, que estudia mucha veces, a los pacientes como sujetos a históricos, deshumanizados y descontextualizados de su realidad social y que en el caso de la epidemiologia tradicional, se representa como un sujeto social pasivo y anónimo por el proceso de sumacion que lo transforma en un objeto o un número, al referirlo o analizarlo a través de una taza o un factor de riesgo, perdiendo su individualidad y su diversidad sociocultural, normalizándolo. Por otra parte los esfuerzos realizados por la epidemiologia social hablan de un sujeto social, productor y producto de las relaciones socioeconómicas de un sistema social determina un perfil epidemiológico de clase, y son los grupos sociales que conforman la sociedad, y sobre todo los que viven (directa o indirectamente el padecimiento) los que crean una epidemiologia popular que actúa como conocimiento estratégico y tácticas de acción, incidiendo en las prácticas sociales propias e institucionales. Esta epidemiologia social está aún en proceso de completarse.

* + 1. **. DEFINICION.**

Las enfermedades cardiovasculares en el adulto se definen como aquellas enfermedades adquiridas que comprometen el buen funcionamiento del sistema cardiovascular, generando problemas tales como, hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, evento cerebro vascular enfermedad isquémica transitoria enfermedad coronaria y otras, permaneciendo como primera causa de mortalidad mundial según la American Mellitus Association. (A.S., 2008)

Las personas que padecen alguna enfermedad cardiovascular por lo general presentan uno o más factores de riesgo siendo los más comunes los antecedentes familiares positivos, la presencia de hipertensión arterial, ser adulto (mayor de 60 años), la presencia de diabetes mellitus, tabaquismo, sobrepeso y obesidad, sedentarismo dislipidemia, género masculino, etnia afroamericana, estrés y alcoholismo.

Dentro de los anteriores tenemos factores de riesgo no modificables y modificables se ha visto que la atención e intervención a los factores de riesgos modificables tienen gran impacto en la disminución de la prevalencia de las enfermedades las cuales presentan los más altos costos en asistencia médica la hipertensión arterial es una enfermedad crónica más frecuentes en nuestro medio en efecto alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconocen la enfermedad. Afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida, la importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento por que no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones. Esto significa que nuestro país existe as de trece millones de personas con este padecimiento de las cuales un poco más e ocho millones no han sido diagnosticados. (F.G., 2008)

Tradicionalmente se considera a la hipertensión arterial como el proceso hemodinámico en el cual las resistencias al flujo sanguíneo se encuentran elevadas, en la actualidad se define como perdida del tono de vaso dilación del sistema circulatorio.

Las cifras de tensión arterial normal está definida por la organización mundial de la salud (OMS) La sociedad internacional de hipertensión y el comité para la detención evaluación y tratamiento de, los institutos de salud de los estados unidos de Norteamérica son<90mmhg como diastólica y sistólica inferior a 140mmhg y constituye a la hipertensión arterial, valores arriba de los normales, registrados por lo menos en dos determinaciones en días distintos. (Cejudo, 2008)

La prevalencia mundial es alta según los datos de la organización mundial de la salud existen más de 900 millones en pacientes hipertensos en EUA. La última cifra estima para 1991 fue de 50 millones según informes del no publicado del centro nacional de estadística de salud y referido en el 5° informe del comité nacional conjunto para la detención, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial sistemática en México, si bien existe más de 20 estudios al respecto aún se desconoce la prevalencia real, los principales problemas metodológicos han sido: la utilización de cifras variables en presión diastólica y sistólica como criterio diagnostico en la encuesta nacional de enfermedades crónicas de 1993 se encuesta a población adulta de más de 20 años, se encontró una prevalencia mayor en hombres que en mujeres, sujetos que conocían su condición e hipertensión (diagnostico medico previo, con o sin tratamiento antihipertensivo) fue de 41% de ellos los tratados con medicamentos el 21% y de estos el 30.5% con cifras bajo control. Es decir que por cada paciente hipertenso conocido existe otro no detectado. La edad es un factor importante. En etapas tempranas (20-24 años) la prevalencia es superior a 10% y se incrementa con la edad hasta alcanzar cifras cercanas al 54% en el grupo de 65 o más años. (Joint National Committee on Prevention, 2013)

En México, según la encuesta nacional de salud (año 2000) la prevalencia es del 30.05% (la población de 20-69 años) y es mayor en los estados unidos del norte. Y en Chiapas con una prevalencia de 23.9% según esta encuesta, 61% de la población son hipertensa desconocía su enfermedad. En poblaciones rurales muestran una prevalencia del 7.7% a 10% dependiendo de un área rural a otra. La prevalencia hasta antes de los 50 años es mayor para los hombres, pero después de esta edad se equiparán. Las HAS para el 2002 ocupo la 9° causa de muerte en la población general, con un total de 10,696 muertes, con tasa de 10.38 defunciones por cada 100,000 habitantes según el CENSO de población de vivienda 2000, habían 49.7 millones de mexicanos entre los 20 y 69años, de los cuales 15.16 millones (30.05%) fueron hipertensos. Tomando a la tasa más baja de mortalidad por HAS (1.5%) significo que el año 2000 ocurrieron 227,400 muertos atribuibles a HAS y por lo tanto potencialmente prevenibles. En otras palabras, una muerte cada 2 minutos. Si bien a este número de muertes potenciales hay que restar el 14.6% de pacientes hipertensos controlados, la cifra se reducirá a 194,199 es decir una muerte cada 3 minutos la HAS aumenta con la edad de ambos sexos. La presión arterial sistólica aumenta de mayor medida conforme avanza la edad que la diastólica por lo que se incrementa la presión del pulso es más frecuente en mujeres de la tercera edad la prevalencia es mayor en raza negra (32.4%) y menor en blancos (23.3%) y mexicanos americanos (22.6%) la PA de los familiares de primer grado se correlaciona significativamente, el estrés ocupación factores dietéticos exposición por mucho tiempo a avientes psicosociales adversos. La prevalencia morbilidad y mortalidad es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, y educativo la relación del sobrepeso, es más intensa en individuos jóvenes y adultos de mediana edad y más en mujeres que en varones los factores más relacionados son obesidad. Especialmente abdominal (se reconoce como el principal factor hipertensinogico) resistencia a la insulina, alta de ingesta de alcohol, alta de ingesta de sal, sedentarismo, estrés y baja ingesta de potasio y calcio. El 25% de los hipertensos menores de 60 años presentan resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulemia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y descenso del colesterol, HDL asociación conocida como síndrome metabólico. (V.M., 2012)

La hipertensión arterial (HTA) constituye una elevación crónicade la presión arterial (PA) cuyos límites de normalidad pueden definirse desde dos puntos de vista:

**1. Estadístico.** La HTAes una variable continua que se ajusta a una distribución normal. En consecuencia, podremos definir la HTA, como aquellas cifras de presión arterial que se encuentran por encima de unos límites prefijados, utilizando para estos límites habitualmente dos veces la desviación estándar o el percentil 95.

**2. Epidemiológico.**Nivel de presión arterial por encima del cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrales. Se sabe que el riesgo se duplica cuando las cifras de presión arterial diastólica (PAD) se elevan por encima de 90 mmHg en comparación con la población con cifras inferiores a 90 mmHg.

**OTRAS DEFINICIONES**

**HTA lábil.**Aquella situación en la que un mismo sujeto podría presentar cifras de PA por encima o por debajo de 140/90 mmHg en intervalos cortos y cercanos de tiempo sin que exista repercusión visceral.

**HTA limítrofe.**Valores de presión arterial en el límite de la normalidad, que requiere habitualmente confirmación por medio del registro ambulatorio de 24 horas.

**HTA definida.**Cifras de PA constantemente elevadas por encima de los valores considerado *normales.*

**HTA refractaria.**Cifras de PA no controladas tras tratamiento contres fármacos en dosis y asociación adecuadas, debiendo ser uno de ellos un diurético.

**HTA maligna.**PAD > 140 mmHg que se acompaña de retinopatia grado III o IV y que se asocia a afectación de otros órganos diana.

**Urgencia hipertensiva.**Elevación de la PA por encima de 210 mmHg para el valor sistólico y de 120 mmHg para el diastólico. Habitualmente no se observan manifestaciones clínicas relevantes. El control se suele hacer con antihipertensivos por vía oral siendo casi siempre buena la respuesta.

**Emergencia hipertensiva.**Elevación de la PA por encima de 230/130 mmHg, y que representa un riesgo vital para el individuo, acompañándose de repercusión significativa en órganos diana (edema pulmonar, angina, encefalopatía, etc.).

**TABLA.** Clasificación de la hipertensión arterial según los criterios de la OMS

**CATEGORÍA** **PA DIASTÓLICA (mmHg)**

LIGERA 90 - 104

MODERADA 105 - 114

SEVERA >115

**TABLA.** Clasificación de la hipertensión arterial de acuerdo al JNC-VII

**CATEGORÍA PAS (mmHg) PAD (mmHg)**

NORMOTENSIÓN

Normal < 130 < 85

Normal alta 130 - 139 85-89

HIPERTENSIÓN

Estadío I (ligera) 140 - 159 90-99

Estadío II (moderada) 160 - 179 100-109

Estadío III (severa) 180 - 209 110-119

Estadío IV (muy severa) > 210 > 120

HTA sistólica aislada > 140 < 90

## **MANIFESTACIONES CLINICAS**

Es sintomática hasta etapas avanzadas cuando ya hay complicaciones en órganos blancos (corazón, cerebro, riñones, etc.) sin embargo pueden presentarse algunos signos y síntomas como son, cefaleas, acufenos, rubor, facial, fatiga, epistaxis, mareo y nerviosísimo.

1.Clínica de la HTA esencial no complicada: La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de PA pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos a HTA como zumbidos de oídos, epistaxis o mareos, no son más frecuentes que en los sujetos normotensos.

2.Clínica de la hipertensión arterial complicada: Las repercusiones a nivel sistémico serán las determinantes de la sintomatología en estos pacientes; así, a nivel cardiaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca - congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebrobasilar, infartos lacunares que, en conjunto, pueden desembocar en una demencia vascular y Hemorragia cerebral, cuyo principal factor etiológico es la hipertensión arterial.

Según el daño de los órganos blancos la OMS y la sociedad internacional de la hipertensión clasifica la HTA en tres estadios

TABLA 1.1 clasificación de la HTA según la recuperación visceral (GH, 2008)

Se focaliza de manera más selectiva sobre cuantos elementos principales: corazón, sistema arterial, cerebro, riñón y fondo de ojo.

El acuerdo con el grado de daño orgánico producido la hipertensión arterial puede encontrarse en diferentes etapas

ETAPA 1: sin alteraciones orgánicas

ETAPA II: el paciente muestra uno de los siguientes signos, aun cuando se

Encuentre asintomático.

1. Hipertrofia ventricular izquierda (palpación, radiografía del tórax, eco cardiograma
2. Angiotomia en arterias retinianas (retinopatía grao II)
3. Proteinuria o elevación leve de la creatina (hasta 2mg/d)
4. Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografia) en carótidas, aorta, iliacas y femorales.

ETAPA III manifestaciones sintomáticas de daño orgánico

1. angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardiaca
2. Isquemia cerebral transitoria trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva
3. Exudado y hemorragias retinianas, papiledema
4. Insuficiencia renal crónica
5. Aneurisma de la aorta, o aterosclerosis obliterante de miembros inferiores

Tomada de OMS y la sociedad internacional de hipertensión.

TABLA 1.2 causas comunes de hipertensión arterial secundaria (Joint National Committee on Prevention, 2013)

1. enfermedad vasculorrenal (arteriosclerosis, displacía, retención hidrosalina)
2. enfermedad renal parenquimatosa (glomerunefritis, piel nefritis, traumas, nefrocalcinosis, etc.)
3. aldosteronismo primario (adenoma, hiperplasia, adrenal)
4. síndrome de cushing adenoma pituitario, tumores productores de ACTH
5. feocromocitoma HTA paroxística por liberación súbita de noradrenalina
6. coartación de aorta ausencia de pulsos femorales y soplo sistólico eyectivo irradiado a espalda
7. acromegalia adenoma pituitario productor de hormona del crecimiento inductor de aumentos de insulina circulante
8. hiperparatiroidismo primario adenoma o carcinoma hipercalcemia
9. disfunción tiroidea hipo e hipertiroidismo
10. toxemia del embarazo eclampsia y preeclamsia
11. policitemia vera y otras poliglobulias
12. fármacos antidepresivos desconengionantes nasales, inhibidores de la MAO anticonceptivos hormonales terapia estrogenica, ciclosporina, cocaína, etc.
13. otras situaciones porfiria aguda hipertensión intracraneal neuropatías periféricas determinadas enfermedades autoinmunes alergias.
14. Otros agentes regaliz, plomo, cadmio

## **MARCO JURIDICO**

En este apartado se analiza el marco reglamentario para el tratamiento y control de la Hipertensión Arterial. Nos podemos dar cuenta que el que rige todo en México es la Secretaria de Salud Federal.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su Artículo 4, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual está definido en la Ley General de Salud que reglamenta las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Basado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 que establece una estrategia precisa para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y responsables, cuya finalidad es conducir al país hacia el desarrollo económico y social sustentable; tomando en cuenta las realidades del país, propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios de salud de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Las intervenciones del Sector Salud en la detección, prevención y atención a la obesidad se fundamentan en un marco legal que establece sus atribuciones y obligaciones en la materia, destacando por su importancia los siguientes Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas:

Reglamentos:

Publicados y modificados en el Diario Oficial de la Federación conforme lo siguientes:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 02 de febrero de 2009.

2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el diario oficial de la federación el 14 de mayo de 1986. DOCUMENTO DE TRABAJO marzo 2011

3. Reglamento de Insumos para la Salud, publicado el 4 de febrero de 1998 y 19 de noviembre de 2003.

4. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, publicado en el diario oficial el 28 de mayo de 1997 y 27 de mayo de 2003.

Normas

Publicadas y actualizadas en el Diario Oficial de la Federación conforme a lo siguiente:

NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, publicada el 17 de noviembre de 1999.

NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, publicada el 30 de septiembre de 1999.

NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad, publicada el 19 de noviembre de 1999.

NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, publicada el 4 de agosto de 2010.

NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria, publicada el 8 de diciembre de 1994 y modificada el 23 de noviembre de 2010.

NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica, publicada el 11 de octubre de 1999.

NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, publicada el 21 de julio 2003.

NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación, publicada el 23 de enero de 2006

También se encuentran varias guías y Prácticas Clínicas que son muy buenas, pero carecen de sustentos legales en su momento.

**CAPÍTULO 2 MARCO CONTEXTUAL**

**2.1 JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO**

**2.2 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**

**2.3 TRABAJADORES DEL AYUNTAMIENTO DE TAPACHULA**

**2.4 TRABAJADOR DE BASE MAYOR DE 20 AÑOS**

**2.5 OBJETIVO GENERAL**

**2.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**CAPITULO II**

**2.1** **JUSTIFICACION**

las enfermedades no transmisibles han duplicado su incidencia en los países en vías de desarrollo, generalmente donde las personas están más expuestas al sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, dieta rica en grasas y carbohidratos y al estrés todo a derivado a las enfermedades crónicas como hipertensión arterial crónica.

No todos los sujetos reaccionan igual ante un agente productor de enfermedades, siendo esto aplicable a las poblaciones. Por lo tanto, las enfermedades cardiovasculares pueden ser diferentes de un país a otro, debido a la distinta prevalencia de los factores de riesgo. En los últimos cinco años se han notado cambios en el panorama epidemiológico de México relacionados con las enfermedades infecciosas, y que, combinados en el estilo de vida, han dado lugar al aumento progresivo de las enfermedades crónico-degenerativas, particularmente las cardiovasculares, de las cuales la hipertensión arterial es una de las más relevantes.

En México se considera la presión arterial alta como un problema de salud ya que favorece la aparición de otras enfermedades, acorta la vida de quien la padece y traduce en años potencial de vida perdidos, afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida, la importancia radica en su repercusión por que no se diagnostica oportunamente y cursa un asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.

Actualmente en los trabajadores del Ayuntamiento de Tapachula, Chiapas no se cuenta con reporte epidemiológico de pacientes con HTA, ya que nunca se a llevado un censo de los pacientes que son hipertensos, porque no llegan a su control solo acuden a la unidad cuando se sienten mal y necesitan una incapacidad, pero posteriormente ya no le dan seguimiento a su enfermedad. Para el área de salud del Ayuntamiento de Tapachula no se han realizado una estimación pertinente de este evento. por lo que no se cuenta con datos confiables que permitan estimar la prevalencia. De aquí se desprende la importancia de conocer la prevalencia, no solo por la falta de datos confiables sino también porque estos datos pueden generar información para poder llevar un buen control de TA de las personas encontradas con hipertensión y darnos cuenta de la magnitud del problema que aún no se sabe y poder realizar una política pública para el mejoramiento de los trabajadores del Ayuntamiento de Tapachula.

**2.2 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**

Actualmente el ayuntamiento de Tapachula, cuenta con varias secretarias para su operación en donde se encuentra la secretaria de salud municipal la cual hay un titular de la secretaria que depende directamente del presidente municipal, donde uno de los objetivos de esta secretaria es la atención de los trabajadores y los derecho habientes de estos trabajadores, en su momento valorar a los trabajadores si es necesario dar algún tratamiento y si es necesario darle incapacidad,

**2.2 TRABAJADORES DELAYUNTAMIENTO DE TAPACHULA.**

En el ayuntamiento se encuentra los trabajadores que se divide en trabajadores de base y los trabajadores eventuales, los primeros son trabajadores por lo general de años trabajando en el ayuntamiento los cuales cuentan con todos los servicios médicos de primer nivel y de segundo nivel, los eventuales solo reciben atención de primer nivel, siendo necesario segundo nivel son enviados al hospital general.

**2.4 TRABAJADOR DE BASE MAYOR DE 20 AÑOS DE EDAD.**

El ayuntamiento cuenta con una población de trabajadores de 1805 personas en donde 987 son de base y 937 son mayores de 20 años de edad y el resto son eventuales,

**2.5 OBJETIVO GENERAL**

Estimar la prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados, en la población mayor de 20 años en los trabajadores del ayuntamiento de Tapachula, Chiapas: Propuesta de Plan de Salud para los Servidores Públicos

**2.6 OBJETIVO ESPECIFICO**

* Conocer la prevalencia por edad de hipertensión
* Valorar la prevalencia por sexo de la hipertensión
* Indicar el grado de escolaridad más afectado
* Conocer el grupo más afectado dependiendo de abundantes en casa
* Valorar cuantos saben que son hipertenso
* Conocer cuántas personas saben que han padecido infarto al miocardio
* Indicar cuantas personas saben que han padecido accidente cerebro vascular
* Conocer cuántas personas saben que han padecido diabetes mellitas
* Saber cuántas personas tiene antecedentes heredo-familiar de hipertensión arterial de primera línea
* Valorar cuantas personas alguna vez han fumado
* Conocer cuántas personas alguna vez han tomado
* Saber cuánto tiempo se la pasan sentadas las personas durante su trabajo diario
* Indicar cuantos practican algún tipo de deporte
* Informar el índice de masa corporal de los encuestados

**CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

**3.1 TIPO DE ESTUDIO**

**3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS**

**3.3 ÁREA DE ESTUDIO**

**3.4 UNIVERSO Y MUESTRA**

**3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN**

**3.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

**3.7 PROCEDIMIENTO**

**CAPITULO 3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.**

**DISEÑO METODOLOGIA**

**3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizará un estudio observacional, descriptivo-correlacional, prospectivo, transversal de prevalencia.

**3.2 UNIDAD DE ANALISIS**

Adulto que acuda a la unidad de salud, participando en la entrevista y mediciones de peso, talla y prensión arterial.

**3.3 AREA DE ESTUDIO**

Ayuntamiento de Tapachula, Chiapas

Se hará una campaña, para realizar la encuesta a toda la población Mayor de 20 años de edad, tanto a hombres y mujeres, citando a tres grupos, con recomendaciones del día anterior de acudir en ayunas en la unidad de salud, dejándolo descansar por lo menos 5 minutos, para posteriormente realizarle la toma de la presión arterial y por ultimo realizarse el cuestionario.

**3.4. UNIVERSO Y MUESTRA**

**3.4.1 UNIVERSO**

Se incluirán hombres y mujeres de la población mayor de 20 años de edad, trabajador del ayuntamiento, siendo esta un total de 937 personas.

**3.4.2. MUESTRA**

Se tomará una muestra no probabilística, por conveniencia, tomando en cuenta la población total mayor de 20 años de edad, residentes en la zona de estudio y los criterios utilizados para la selección son los siguientes:

Toda población mayor de 20 años de edad acudió al cuestionario y toma de peso, talla y presión arterial.

**3.5. CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION**

**3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSION**

**1.** Toda persona mayor de 20 años de edad, hombre o mujer que acuda a la unidad de salud para la realización del cuestionario y toma de la presión arterial.

**2.** Que sea Trabajador de Ayuntamiento (no Familiar del trabajador)

**3.** Que acuda posteriormente si es que presento presión arterial elevada a la corroboración tres días consecutivos posteriormente al cuestionario

**3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION**

**1.** personas menores de 20 años de edad

**2.** pacientes con enfermedades crónicas terminales

**3.** personas que no acudan a su cita de los tres días seguidos para el diagnóstico definitivo.

**3.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **VARIABLE** | **DEFINICIÓN**  **CONCEPTUAL** | **DEFINICIÓN**  **OPERACIONAL** | **UNIDAD DE**  **MEDIDA** | **ESCALA** |
| Hipertensión  arterial | d | Perdida del tono de vasodilatación del sistema circulatorio | Cifras tensionales 90mmhg como diastolita y 140mmhg como sistólica | mmhg | De intervalo |
| edad | I | Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha | Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la entrevista | años | De intervalo |
| sexo | I | Diferencia biológicas entre las personas, diferenciándose en masculino y femenino | Condiciones físicas que determinan al ser humano como hombre o mujer | Femenino masculino | nominal |
| Grado de escolaridad | I | Año de estudio cursado según el sistema educativo | Grado académico que posee el entrevistado | Sin escolaridad primaria, secundaria, preparatoria, universidad | nominal |
| Habitantes en casa | I | Personas que conviven en un mismo habitad | Cantidad de personas que viven en una casa | 1-2 personas 3-4 personas 5-6 personas 7 a mas | intervalo |
| hipertensos | I | Presión arterial arriba de lo normal | Conocimiento del entrevistador sobre si presenta presión arterial alta | Si  No | nominal |
| Antecedentes personales | I | Todos los datos de salud o enfermedad de un individuo | Antecedentes patológicos diagnosticados por enfermedad cardiovascular | O infarto al miocardio, accidente cerebro vascular | nominal |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Diabetes mellitus | Diabetes mellitus |  |
| Antecedentes heredo-familiares | i | Todos los datos que establece el estado de salud o enfermedad relacionados con las personas con vínculo familiar que puedan ocasionar directamente enfermedad | Antecedentes positivos para enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus de los padres del sujeto de estudio | Hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio diabetes mellitus | nominal |
| tabaquismo | I | Acción de aspirar el humo de tabaco | No consumidor o consumidor diario de cigarrillo | Años de consumido | intervalo |
| alcoholismo | I | Acción de consumir bebidas alcohólicas | No consumidor o consumidor de bebidas alcohólicas | Años de consumirlo | intervalo |
| Actividad en su trabajo | I | Esfuerzo corporal durante su trabajo | Tiempo en el cual se encuentra sentado en su trabajo | Todo el tiempo, la mitad del tiempo, nunca | nominal |
| Actividad física | I | Esfuerzo corporal durante el día que tiene como objetivo el aprovechamiento de las calorías | La realización de algún tipo de ejercicio por 30 minutos al día como mínimo | 3 a más veces por semanas, 1 a 2 veces por semanas, casi nunca | intervalo |
|  |  | consumidas |  |  |  |
| Índice de masa corporal | I | Escala de medición para relacionar el peso con la talla | Evaluación del peso ideal en kilógramos de acuerdo a la estatura en metros cuadrados del entrevistado | Desnutrición < 18 normal a 24.9, sobrepeso 25 a 27.9, obesidad: 28 a más. | intervalo |

* D: dependiente, I: independiente.

**3.7 PROCEDIMIENTO**

Se citará a todo trabajador del ayuntamiento a la clínica de salud, para la realización de cuestionario, la toma de la presión arterial y somatometria, empezando el 28 y terminando el 30 de marzo, con la recomendación de que se obtendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición, no debe tener ganas de orinar o defecar estar tranquilo sentirse en un ambiente adecuado

Procedimiento en la toma de la presión arterial.

* La P.A se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
* En la primera evaluación del paciente con la presión arterial se medirá en ambos brazos.

Equipo y características:

* Se utilizó un esfigmomanómetro aneroide recientemente calibrado, para la toma de todos los pacientes.
* El ancho del brazalete cubrió alrededor del 40% de la longitud del brazo.

A.S., J. (2008). Prevalencia de Hipertension Arterial en un consultorio de Mexico Familiar. *Medisan*, 6-10.

Cejudo, R. (2008). Prevalencia de Hipertension arterial y Factores Asosiados en la Poblacion rural marginal. *Salud Publica de mexico*, 339-346.

Cols, G. D. (2011). La Hipertension Arterial como Problema de Salud Publica. *Salud Publica de Mexico*, 365-373.

Epidemiologica, C. d. (5 de Abril 2010). Norma Oficial para la Prevencion, Tratamiento y Control de la Hipertension Arterial. En S. d. Salud, *Subsecretaria de Prevencion y Control de Enfermedades.* Mexico.

F.G., J. (2008). Hipertension Arterial: actualizacion de su tratamiento. *Sistema nacional de salud*, 81-94.

Florentina, M. (2011). Apoyo Familiar en el Apego al Tratamiento de la Hipertension arterial Esencial. *Salud Publica de Mexico*, 336-339.

GH, W. (2008). *Harrison´s Principles of internal medicine 16 ediccion.* New York: McGraw-Hill.

Huerta, B. (2011). Factores de Riesgos Para la Hipertension Arterial. *Archivos de Cardiologia en Mexico*, 126-138.

Joint National Committee on Prevention, D. E. (2013). The Eigth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Higt Blood Pressure. *JAMA*, 2560-2572.

M., C. C. (2011). Panorama Epidemiologico de la Hipertensiòn Aretrail en Mexico. *Archivos de Cardiologia En Mexico*, 192-197.

V.M., O. (2012). Hipertension Arterial En Mexico: Resultado de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA). *Salud Publica De Mexico*, 71-84.