

**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

**ANÁLISIS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA NO PROFESIONAL DEL
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO “ENRIQUE C.
SOTOMAYOR”**

DESDE OCTUBRE 2011 HASTA ABRIL DEL 2012.

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TITULO
LCDA. EN ENFERMERIA**

AUTORA

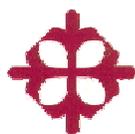
TOMALA MANOBANDA GISELLA JACINTA

TUTORA

LCDA. ACOSTA ROSARIO

GUAYAQUIL, ECUDOR

2013



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERIA**

CERTIFICACION

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Sra. Gisella Jacinta Tomalá Manobanda como requerimiento parcial para la obtención del título de Lcda. En Enfermería.

Guayaquil, Julio del 2013

TUTORA

LCDA. ROSARIO ACOSTA.MGS.

REVISORES

LCDA. LORENA GAONA.MGS.

LCDA. ELIZABETH MITE.MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

LCDA. ANGELA MENDOZA VINCES.MGS.



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERIA**

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

YO, GISELLA JACINTA TOMALA MANOBANDA

DECLARO QUE:

El proyecto de grado denominado **“ANÁLISIS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”**, ha sido desarrollada con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros con forme las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuya fuente se incorpora en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizó del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Guayaquil, Julio del 2013

LA AUTORA

GISELLA JACINTA TOMALA MANOBANDA



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERIA**

AUTORIZACION

YO, GISELLA JACINTA TOMALA MANOBANDA

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, se publique en la biblioteca de la institución del proyecto titulado **“ANÁLISIS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Guayaquil, Julio del 2013

LA AUTORA

GISELLA JACINTA TOMALA MANOBANDA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios quien me escogió en esta noble labor de cuidado al prójimo y me dio la fortaleza necesaria para llevar a casa esta meta propuesta.

A nuestros maestros, que cada día sembraron el deseo de superación de manera desinteresada.

A nuestros padres, que con su ejemplo y oración me apoyaron en los momentos más difíciles.

Gisella Jacinta Tomalá Manobanda

DEDICATORIA

Dedico mi labor como enfermera a Dios, único dueño del saber del hombre. Y a María apóstol de mi vocación.

Se la dedico a mis padres y esposo Marcos Maya Vargas, a mis hijos Angie, Marcos y Gabriela, por la confianza y apoyo constante e incondicional que me brindaron lo cual constituye una herramienta valiosa para mi crecimiento personal.

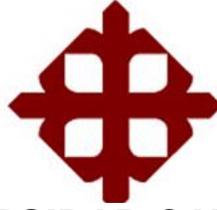
Finalmente a mis amistades y a todas las personas que me incentivaron a seguir adelante.

Gisella Jacinta Tomalá Manobanda

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**LCDA. ROSARIO ACOSTA
TUTORA**

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

CALIFICACIÓN

**LCDA. ROSARIO ACOSTA
TUTORA**

INDICE GENERAL

Portada	i
Certificación	ii
Declaración de responsabilidad	iii
Autorización	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Tribunal de sustentación	vii
Calificación	viii
Índice General	ix
Índice de Tablas y Gráficos	xi
Resumen	xiii
Abstracto	xiv
Introducción	1
Razones que motivaron el estudio	3
Justificación	4
Descripción del Problema	5
Antecedentes	6
Contextualización en tiempo y espacio	7
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
CAPITULO 1	
1. Marco Teórico	9
Marco Histórico	9
Salud laboral	9
Salud y trabajo	9
Daños a la salud del trabajador	11
Conceptos básicos en salud laboral	11
Salud y trabajadores de salud	14
Riesgo Laboral De Los Trabajadores De La Salud	14
Condiciones Y Medio Ambiente De Trabajo (Cymat) En El Sector Salud	15
Enfermedades Y Lesiones Relacionadas Con El Trabajo	18
Riesgo Cardiovascular En Trabajadores De Salud	19
Riesgo Cardiovascular Y Personal De Enfermería	21
CAPITULO 2	
2. Esquema Metodológico	24
Tipo de estudio	24
Diseño del estudio	24

Área de estudio	24
Universo y muestra	24
Técnicas de recolección de información	24
Descripción de procedimientos	25
Hipótesis	25
Variables	25
Operacionalización de Variables	26
CAPÍTULO 3	
3. Análisis de resultados	27
Presentación de Resultados	27
Análisis de Resultados	36
CAPÍTULO 4	
4. Propuesta	37
4.1. Guía para promover conocimientos básicos dirigidos al personal no profesional de enfermería sobre la hipertensión arterial sistemática esencial	37
Introducción	37
Justificación	38
Objetivo general	39
Objetivos específicos	39
Guía para promover conocimientos básicos	40
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
Bibliografía	59
Anexos	63

INDICE DE TABLA Y GRAFICOS

	Pág.
TABLA Y GRÁFICO Nº 1 Distribución por edad del personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor	27
TABLA Y GRAFICO Nº 2 Distribución por grado cumplimiento de exámenes de rutina del personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor	28
TABLA Y GRAFICO Nº 3 Distribución por presencia de hábitos de ingesta de alcohol y fumar entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor	29
TABLA Y GRAFICO Nº 4 Distribución de ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor	30
TABLA Y GRAFICO Nº 5 Distribución según historia de vida sedentaria entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor	31
TABLA DE GRAFICOS Nº 6 Distribución según estrés entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor	32
TABLA DE GRAFICO Nº 7 Distribución Según estilo de vida sedentaria entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor	33

TABLA DE GRAFICO N° 8

Distribución según el estrés entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor **34**

TABLA DE GRAFICOS N° 9

Distribución sobre el deseo de recibir capacitación el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor **35**

RESUMEN

Antecedentes: El personal de salud se encuentra expuestos a varios factores que lo hace un grupo especialmente vulnerable a enfermedades laborales y a factores relacionadas con enfermedades. El personal de enfermería es uno de los de mayor exposición debido a su estrecha relación con los pacientes. En el hospital “Enrique C. Sotomayor” no se ha evaluado estos factores a pesar de que existe un número elevado de este grupo con HTA. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo de hipertensión arterial sistémica esencial que se encuentran presentes en el personal de enfermería no profesional que labora en el hospital “Enrique C. Sotomayor” **Metodología:** Se diseñó un estudio transversal en el que se incluyeron 60 mujeres que forman parte del personal de enfermería no profesional que labora en el hospital “Enrique C. Sotomayor” las cuales correspondieron al 100% de la población de estudio. **Análisis Estadístico:** Para las variables categóricas se empleó frecuencias simples y porcentajes. Para las variables cuantitativas se estimó promedio y desviación estándar. **Resultados:** El 50% de los encuestados tienen entre 41 a 50 años, un 78,33% no tenían controles de rutina, el 21,67% tenían antecedentes familiares de HTA. El 16,67% tenía hábitos de ingesta de alcohol y fumar cigarrillo, el 75% de los casos no comían en el domicilio, el 83,33% ingería alimentos ricos en grasas saturadas, el 78,33% es sedentaria, el estrés se presentan en el 83,33%. El 100% no tenían información sobre la enfermedad. **Conclusión:** El principal factor de riesgo de hipertensión arterial sistémica esencial es la falta de información.

Palabras clave: Enfermedad Cardiovascular, Enfermedad Laboral, Enfermería.

ABSTRACT

Background: The health worker is exposed to several factors that makes a group particularly vulnerable to illnesses and disease-related factors. The nursing staff is one of the most exposed because of its close relationship with patients. In the Enrique C. Sotomayor hospital, has not evaluated these factors even though there is a large number of this group with hypertension.

Objective: To identify risk factors of essential hypertension are present in the non-professional nurses working at the hospital "Enrique C. Sotomayor"

Methodology: A cross-sectional study was designed, that included 60 women who are part of non-professional nurses working at the Enrique C. Sotomayor Hospital, which corresponded to 100% of the study population.

Statistical Analysis: For categorical variables we used simple frequencies and percentages. For quantitative variables was estimated mean and standard deviation.

Results: 50% of respondents are between 41-50 years a 78.33% had no routine checks, the 21.67% had family history of hypertension. The 16.67% had habits of alcohol intake and cigarette smoking, 75% of cases did not eat at home, 83.33% ate foods rich in saturated fat, 78.33% are sedentary, stress presented 83.33%. 100% had no information about the disease. **Conclusion:** The main risk factor for essential hypertension is lack of information.

Keywords: Cardiovascular Disease, Occupational Disease, Nursing

INTRODUCCIÓN

En la actualidad muchas personas llevan un ritmo de vida acelerado producto de las demandas sociales a las cuales deben enfrentarse en sus lugares de trabajo y hogares, conllevando en múltiples ocasiones a perjudicar el funcionamiento del organismo, entre los más afectados se encuentra el sistema cardiovascular manifestándose con la presencia cada vez más marcada de diversos tipos de enfermedades, tales como: hipertensión arterial, enfermedad arteria coronaria, accidente cerebro vascular (trombosis o derrame cerebral), convirtiéndose este tipo de enfermedades en la primera causa de muerte en los últimos años, que afecta a hombres y mujeres.

La Hipertensión Arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los ciudadanos y la población en todas las partes del mundo, lo cual es una de las razones principales que motiva la realización de esta investigación.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, la importancia de esta afección, radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien la padece, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen las complicaciones. En su aparición se pueden percibir diferentes síntomas de carácter biológicos como los malos hábitos alimenticios, sedentarismo, mala calidad de vida y factores psicosociales.

La Hipertensión Arterial es el problema de salud pública más importante de los países desarrollados, es una enfermedad frecuente, asintomática en múltiples ocasiones, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no recibe tratamiento. En el mundo se estima que existen 691 millones de personas que la padecen. De los 15 millones de muertes causadas en el mundo por enfermedades cardiocirculatorias 7,2 millones son por enfermedad coronaria y 4,6 millones por enfermedades vascular encefálicas donde la hipertensión arterial está presente en la mayoría de los casos. En una gran cantidad de países la prevalencia de hipertensión arterial está entre un 15-30%.

En nuestro país, alrededor de un 30% de la población sufre de hipertensión arterial, la mayoría de ellos se encuentran ubicados en las ciudades grandes como Guayaquil y Quito.

Desde esta perspectiva, se establece que la práctica de enfermería implica tomar decisiones acerca de la salud de sí misma y de los individuos, por lo que quien la ejerce tiene una gran responsabilidad, pero no se podría dejar a un lado ciertas enfermedades que pueden afectar su bienestar físico y emocional.

En consecuencia, se considera que tienen un elevado riesgo de desarrollar hipertensión arterial, que podría estar asociado a la salud física y emocional de las personas, principalmente en aquellas que desempeñan un trabajo exigente en cuanto a responsabilidad, turnos de trabajo, toma de decisiones, intensos compromisos con el trabajo, entre otros.

En tal sentido, los trabajadores que exigen una relación directa, continua y constante con personas donde se presentan distintas situaciones y conductas, tales como el que se ejecuta en la profesión de enfermería, son potencialmente susceptibles a desencadenar una enfermedad determinada, como es el caso de los eventos cardiovasculares que comprenden la posibilidad de presentar sintomatología debido a sus hábitos psicosociales.

Los factores más importantes que ocasionan Hipertensión Arterial son la mala alimentación, el consumo excesivo de carnes, grasas, alcohol, la falta de actividad física o sedentarismo, el estrés, causas que afectan también al sexo femenino.

RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

Es necesario que los trabajadores de la salud se unan de manera férrea con el objeto de defender sus derechos laborales y la conquista de nuevos ante necesidades comunes, en bienestar de su persona y de la institución a la que pertenecen.

Es una motivación también la expresión más legítima de la necesidad de que el trabajador sea considerado como una persona con deberes, pero también con necesidades. Esto en el sentido de que cada vez es más común la muerte de trabajadores jóvenes que ocupados en sus trabajos y sin la evaluación y protección de su salud, son víctimas del estrés, lo cual finalmente llega a producir cambios en la salud que pueden llevar inclusive a este trabajador a la incapacidad temporal, a la incapacidad permanente, la invalidez y la muerte.

JUSTIFICACIÓN

El cuidado, la promoción y la prevención de la salud en el ámbito laboral es fundamental ya que previene o disminuye el riesgo de accidentes laborales y mejora las condiciones del trabajador y del empleador, porque cuando hay condiciones de seguridad en el trabajo, a largo plazo se disminuyen los costos en cuanto a pago e indemnizaciones de trabajadores lesionados.

Por lo tanto una institución debe procurar brindarles a sus empleados condiciones óptimas de seguridad no solo en cuanto a vigilancia sino también en servicios médicos y óptimo estado de los equipos y el lugar de trabajo, todo ello requiere una inversión económica, pero a largo plazo eso permitirá que hayan empleados más saludables, menos empleados accidentados y por ende un ambiente laboral en el que se logre una mayor productividad

Por otro lado, una empresa que no tenga y no promueva condiciones ambientales saludables para sus trabajadores podría ser sancionada por el Estado

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El personal de enfermería no profesional que desempeña sus labores en el hospital “Enrique C. Sotomayor” se encuentra enfrentado a un gran estrés laboral como producto de la alta demanda de servicios Gineco-obstétricos que tienen esta institución en todas sus dependencias y además de que se hayan sujetas a horarios rotativos que dificultan la realización de diversas actividades, más aún si se considera que muchas de estas laboran en más de una institución.

Un número importante de este personal presenta hipertensión arterial sistémica esencial. Esta patología en estas personas muchas veces no es evaluada precisamente porque la carga laboral y el tipo de tareas hace que tengan muy pocas oportunidades de asistir a controles médicos para evaluar y modificar el curso de la enfermedad. Aunque es verdad que existen factores que desencadenan el desarrollo de hipertensión y que no se pueden modificar, es también cierto que existen factores que son claramente modificables.

Sin embargo los factores de riesgo de hipertensión arterial sistémica esencial, no han sido investigados en esta población y por lo tanto no pueden desarrollarse intervenciones sanitarias encaminadas a mejorar esta patología y sus consecuencias, lo que sin duda tiene un impacto negativo en la institución ya que un personal enfermo es uno que tiene una alta tasa de ausentismo y que inclusive puede tener problemas en su desempeño laboral.

ANTECEDENTES

No existe el antecedentes de que se haya efectuado un estudio similar en la institución respecto al tema, pero es cada vez más notorio que en varias instituciones se van realizando, ya sea por iniciativa de la empresa o por iniciativa de los trabajadores, evaluaciones sobre la situación de salud de sus trabajadores, factores de riesgo que afectan la salud e intervenciones sanitarias encaminadas a mejorar la salud mental y somática de estos con el fin de mejorar el desempeño laboral y la percepción de calidad de los usuarios.

De hecho han sido realizados, en el campo de la salud varios estudio sobre el nivel de burnout entre los profesionales y no profesionales que conforman el equipo sanitario, en diferentes instituciones de salud, unos como actividad única y otros como parte de evaluaciones previo a intervenciones que tienen como propósito disminuir los niveles de estrés y mejorar el desempeño hospitalario para desempeñar las actividades de tal manera que se pueda dar un mejor servicio y de esta manera cambie positivamente la percepción de calidad del servicio por parte de los usuarios.

CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO

Una de las principales preocupaciones de una institución debe ser el control de riesgos que atentan contra la salud de sus trabajadores y contra sus recursos materiales y financieros.

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales son factores que interfieren en el desarrollo normal de la actividad empresarial, incidiendo negativamente en su productividad y por consiguiente amenazando su solidez y permanencia en el mercado; conllevando además graves implicaciones en el ámbito laboral, familiar y social.

En consideración a lo anterior, la administración y la gerencia de toda compañía deben asumir su responsabilidad en buscar y poner en práctica las medidas necesarias que contribuyen a mantener y mejorar los niveles de eficiencia en las operaciones de la empresa y brindar a sus trabajadores un medio laboral seguro.

Para ello de acuerdo a las disposiciones de la Organización Internacional el Trabajo y las leyes establecidas en diversos Países para proteger la salud de sus trabajadores se pretende preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus correspondientes ocupaciones, actividades que debe ser desarrolladas en forma multidisciplinaria. Esto ha generado una serie de movimientos en todo el mundo con el propósito de mejorar las condiciones laborales de los trabajadores en diversos ámbitos.

De hecho, recientemente en Ecuador el campo de la Salud Ocupacional, se realizado una serie de reglamentación y leyes con el fin de mejorar las condiciones del trabajador de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los factores de riesgo de hipertensión arterial sistémica esencial que se encuentran presentes en el personal de enfermería no profesional que labora en el hospital “Enrique C. Sotomayor”

Objetivo Específicos

- Determinar los factores de riesgo de hipertensión arterial sistémica esencial presentes en la muestra
- Establecer la frecuencia de los factores de riesgo de hipertensión arterial sistémica esencial en las personas incluidas en el estudio
- Identificar la forma como realizan el control de la enfermedad las personas incluidas en la investigación

CAPITULO 1

1. Marco teórico

1.1 Historia del estudio de la salud laboral

Galeno describió las intoxicaciones de los mineros de Chipre; durante el renacimiento (Gastañaga, 2012),

Georg Agricola (1494-1555) realizó una primera división entre enfermedades laborales crónicas y agudas (Gastañaga, 2012)

Para Celso, a mediados del siglo XVI, escribió el primer tratado de enfermedades de los mineros (Gastañaga, 2012)

Bernardino Ramazzini en 1733 escribió el *De morbis artificumdiatriba* (discurso sobre las enfermedades de los trabajadores) con el cual se incorpora la salud ocupacional como una rama de la medicina (Gastañaga, 2012).¹

En 1882 cuando Bernardo Ramazzini, padre de la Medicina Ocupacional, después de egresar de la Universidad de Módena en Italia, se centró en las enfermedades del trabajador, visitando los lugares de trabajo, observando actividades del trabajador y discutiendo su enfermedad (Gomero, 2005).

1.2 Salud Laboral

1.2.1 Salud y trabajo

La salud laboral es muy observada en la actualidad por todas las instituciones empresariales, y por los organismos mundiales relacionados con el trabajo y el impacto social. Las medidas tendientes a conservar la salud en el trabajo deben ser respetadas por el trabajador y por la institución en la que desarrolla su tarea (Seguridad e Higiene, 2007).

¹ (Gastañaga, 2012)

La conciencia real de la importancia de la salud laboral comenzó a desarrollarse desde la década del cincuenta. En el año 1946 la Organización Mundial de La Salud, definió el término de salud laboral en su constitución. Desde ese momento se observa en relación a la “salud laboral” al estado de bienestar físico, mental y social, destacando que esto no solamente sucede cuando no existen afecciones físicas o enfermedades. En el documento inicial de la OMS, se destaca la importancia del cuidado mental del individuo y su relación con el entorno social. Se tiene en cuenta además que cada trabajador proyecta en sus relaciones sociales todos los beneficios obtenidos en la relación laboral. Del mismo modo en el trato desigual, la aparición de enfermedades relacionadas con la actividad, molestias físicas y falta de atención adecuada, el individuo transmite su situación al contexto social donde se relaciona (Seguridad e Higiene, 2007).

El trabajo bien realizado, aporta numerosos beneficios a la salud del individuo. Mentalmente contribuye a la realización profesional, mejora de su autoestima, y posibilita el acceso a programas de salud general y específicos relacionados con su contexto familiar y extensión en la sociedad. La salud laboral tiene su mejor expresión en ambientes donde el trabajo se realiza con dignidad, en condiciones justas, en un ambiente adecuado, y donde existan condiciones de desarrollo y acceso a la salud y seguridad social (Seguridad e Higiene, 2007).

Con el salario percibido el trabajador tiene acceso a mejores condiciones de vida, costear estudios y conocimiento, y mantener las necesidades básicas de familia y contexto social. La actividad misma que se realiza en el trabajo, motiva que el organismo se encuentre en movimiento, el ejercicio mental y el desarrollo de la autoestima personal; ya que en la relación y cooperación con otras personas, el individuo realiza un complejo sistema de relaciones sociales y desarrolla un pensamiento de sentirse útil a la sociedad (Seguridad e Higiene, 2007).²

² Global Estimates of Fatalities Caused by Work 2007

1.2.2. Daños a la salud del trabajador

El trabajo, según las condiciones sociales y materiales donde se realice, también puede ocasionar daños a la salud. Estos daños pueden ser de tipo psíquico, físico o emocional. A nivel mundial y siguiendo una conciencia de gran importancia en la seguridad del trabajador, existe una organización apoyada y motivada por la ONU para cuidar y reglamentar las condiciones laborales.

La Organización Internacional del Trabajo es el organismo destinado a obtener una reglamentación que cuide la salud individual y proponga un crecimiento social. La OIT realiza y propone mejoras permanentes de las condiciones de trabajo habitualmente mediante convenios. Estos convenios se realizan entre gobiernos, empleadores y trabajadores con el fin de promover condiciones de trabajo dignas y establecer reglas claras en relación a la salud laboral (Seguridad e Higiene, 2007).

1.2.3. Conceptos básicos en salud laboral

SALUD: Es un estado de bienestar físico, mental y social. No solo en la ausencia de enfermedad.

TRABAJO: Es toda actividad que el hombre realiza de transformación de la naturaleza con el fin de mejorar la calidad de vida.

AMBIENTE DE TRABAJO: Es el conjunto de condiciones que rodean a la persona y que directa o indirectamente influyen en su estado de salud y en su vida laboral.

RIESGO: Es la probabilidad de ocurrencia de un evento. Ejemplo Riesgo de una caída, o el riesgo de ahogamiento.

FACTOR DE RIESGO: Es un elemento, fenómeno o acción humana que puede provocar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones. Ejemplo, sobre esfuerzo físico, ruido, monotonía.

INCIDENTE: Es un acontecimiento no deseado, que bajo circunstancias diferentes, podría haber resultado en lesiones a las personas

o a las instalaciones. Es decir UN CASI ACCIDENTE. Ejemplo un tropiezo o un resbalón.

ACCIDENTE DE TRABAJO: Es un suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y que produce en el trabajador daños a la salud (una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte). Ejemplo herida, fractura, quemadura. Según lo anterior, se considera accidente de trabajo:

El ocurrido en cumplimiento de labores cotidianas o esporádicas en la empresa.

El que se produce en cumplimiento del trabajo regular, de órdenes o en representación del empleador así sea por fuera de horarios laborales o instalaciones de la empresa.

El que sucede durante el traslado entre la residencia y el trabajo en transporte suministrado por el empleador.

De igual manera no se considera un accidente de trabajo el sufrido durante permisos remunerados o no, así sean sindicales, o en actividades deportivas, recreativas y culturales donde no se actúe por cuenta o en representación del empleador.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Es el daño a la salud que se adquiere por la exposición a uno o varios factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo. Es Enfermedad Profesional si se demuestra la relación de causalidad entre el factor de riesgo y la enfermedad.

SALUD OCUPACIONAL: Se define como la disciplina que busca el bienestar físico, mental y social de los empleados en sus sitios de trabajo.

PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL: Consiste en la planeación, organización, ejecución, control y evaluación de todas aquellas actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El principal objetivo de un programa de Salud Ocupacional es proveer de seguridad, protección y atención a los empleados en el desempeño de su trabajo.

El incremento en los accidentes de trabajo, algunos más serios que otros, debido entre otras cosas a los cambios tecnológicos o la poca capacitación de los empleados, a la manipulación de materiales de uso delicado, infraestructuras inadecuadas y en alguna medida por fallas humanas, hacen necesario que toda empresa pueda contar con un reglamento de seguridad industrial que sirva de guía para minimizar estos riesgos y establezca el protocolo a seguir en caso de accidentes.

Un programa de salud ocupacional debe contar con los elementos básicos para cumplir con estos objetivos, los cuales incluyen datos generales de prevención de accidentes, la evaluación médica de los empleados, la investigación de los accidentes que ocurran y un programa de entrenamiento y divulgación de las normas para evitarlos.

POLÍTICA DE SALUD OCUPACIONAL: Como punto de partida del Programa, las directivas de toda compañía se deben pronunciar formalmente, a través de una política reflejando su interés por un trabajo realizado en forma segura y su compromiso hacia la Salud Ocupacional, posteriormente se definirán responsabilidades de todos los niveles de la organización en la implementación del Programa y cumplimiento de todos los normativos que para esto haya lugar. La política contempla entre otros puntos los siguientes:

Cumplimiento de todas las normas legales vigentes en el País sobre Salud Ocupacional y Seguridad Integral.

Protección y mantenimiento del mayor nivel de bienestar, tanto físico como mental, de todos los trabajadores, disminuyendo al máximo la generación de accidentes de trabajo y los riesgos en su origen.

Preservación de buenas condiciones de operación en los recursos materiales y económicos, logrando la optimización en su uso y minimizando cualquier tipo de pérdida.

Garantía de que las condiciones y el manejo de residuos no contaminen el medio ambiente y cumplan las normas vigentes.

Responsabilidad de todos los niveles de Dirección por proveer un ambiente sano y seguro de trabajo, por medio de equipos, procedimientos y programas adecuados.

Responsabilidad de todos los trabajadores por su seguridad, la del personal bajo su cargo y de la empresa.

1.3. Salud y trabajadores de salud

1.3.1. Riesgo laboral de los trabajadores de la salud

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2002, los trabajadores del sector salud representaban aproximadamente treinta y cinco (35) millones de personas a nivel mundial, lo que equivale a un 12 por ciento de la fuerza laboral. Aún cuando es indiscutible que es grupo numéricamente relevante, éste ha sido relegado de las actividades de la salud ocupacional, ya que ni los gobiernos ni las organizaciones de salud le han concedido la suficiente atención a los factores de riesgos laborales presentes en los centros dispensadores de salud que pueden ocasionar accidentes o enfermedades ocupacionales en este personal (Galindez, 2007).³

Tal situación refleja una gran paradoja ya que mientras la comunidad acude a los centros asistenciales en busca de salud, los trabajadores de esas instituciones se ven expuestos (accidentan o enferman) debido a las deficientes condiciones de trabajo y aspectos organizacionales, evidenciándose así una gran injusticia social hacia este sector laboral.

Una de las posibles razones de tal negligencia institucional lo constituye la afirmación errónea de que la industria de la salud es limpia y sin riesgos, argumento que carece de validez ya que este sector no puede

³Galindez, 2007

estar exento de riesgo cuando la vida de un trabajador de la salud se ve amenazada continuamente por la posibilidad de infectarse o morir a causa de un accidente por pinchazo o cortadura con material contaminado por virus como Hepatitis B, Hepatitis C, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), por nombrar sólo algunos de los riesgos de tipo biológico y en el entendido, que existen otros factores de riesgos tales como la lumbalgia y la violencia.

1.3.2. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) en el sector salud

Las condiciones y medioambiente de trabajo son el nexo en el proceso de salud – enfermedad en relación al trabajo. Debe ser entendido como un complejo sistema de variables laborales que interactúan con el trabajador

Se podría definir el concepto de condiciones y medio ambiente de trabajo, como el conjunto de propiedades que caracterizan la situación de trabajo, influyen en la prestación del mismo y pueden afectar la salud del trabajador.

Estos factores (OIT, 1987),⁴ no pueden analizarse como fenómenos aislados, desconectados entre si y sin relación con el resto de la vida del trabajador. Para los trabajadores, las condiciones y el medio ambiente de trabajo forman un todo. El trabajador percibe y vive su situación de trabajo como la convergencia y el cúmulo de toda una serie de factores que son distinguibles entre sí, pero de los que hace un balance único.

Estos diversos factores constituyen un sistema complejo dado que existen interacciones entre ellos y el efecto global de todos los elementos puede ser superior a la suma de esos elementos constitutivos.

Siguiendo a Neffa (1997)⁵, se puede decir que el proceso de trabajo determina estos factores diversos y es posible agruparlos de la siguiente manera:

⁴OIT, 1987

⁵Neffa (1997)

El esfuerzo físico, psíquico y mental que la tarea impone a los trabajadores

El Medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo, cuyos principales riesgos para la salud clásicamente se clasifican en:

Físicos (ruido, temperatura, iluminación, vibraciones, humedad, radiaciones, presión atmosférica).

Químicos (Polvos, líquidos, vapores y gases tóxicos)

Biológicos (virus, bacterias, hongos, parásitos, insectos, roedores, etc.)

Tecnológicos y de Seguridad (máquinas, herramientas, riesgo eléctrico, riesgo de incendio, limpieza, características constructivas de edificios y locales, violencia)

Las condiciones de trabajo, que incluyen:

La organización, grado de división, contenido y significación del trabajo.

La duración y configuración del tiempo de trabajo

Los sistemas y niveles de remuneración

El diseño de instalaciones, útiles y medios de trabajo

La transferencia de innovaciones tecnológicas y organizacionales

El modo de gestión de la fuerza de trabajo, incluyendo la evaluación de desempeño y carrera profesional.

Los servicios para bienestar de los trabajadores

Esta conceptualización de carácter general, aplicable para cualquier situación de trabajo, adquiere dimensiones particulares en el análisis del trabajo en el sector salud.

El contexto donde se inserta la organización productiva a estudiar, en este caso el Hospital o el centro de salud, es muchas veces determinante o condicionante de la lógica en que se da el proceso laboral. (Breilh, 1995)⁶

Las características sociales y culturales del grupo de trabajadores del centro en estudio.: El grupo de trabajadores del sector salud es en general heterogéneo.

Las políticas nacionales económicas y de trabajo, su repercusión en el Sector Salud, tanto en lo público como en lo privado: Se observa una creciente mercantilización del sector, aumento de la tercerización de actividades, acompañado en general por la precarización de las condiciones de trabajo y de la polivalencia en las funciones tanto en los subsectores públicos como privados.

Costo creciente en la atención a la salud

Espacios de inequidad e ineficiencia.

Situación de inestabilidad de las instituciones prestatarias, tanto pública como privada, que repercute en los trabajadores de la salud y en la población usuaria.

En cuanto al proceso de trabajo específico, se destaca la incorporación permanente de: nuevas tecnologías, nuevos procedimientos terapéuticos y o de diagnóstico, con nuevos fármacos, nuevas sustancias químicas y agentes físicos, en la que en general aun no se conocen los efectos a largo plazo en la salud de los trabajadores expuestos en forma permanente.

Es frecuente el multi-empleo, acompañado de diversidad de tareas que condicionan una multiplicidad de exposición a diferentes riesgos laborales. (De León, 1988⁷; Otero, 1993) Es además un hecho frecuente la carencia de recursos humanos, materiales como financieros que repercuten sobre la organización del trabajo, en última instancia generando una sobre

⁶Breilh, 1995

⁷de León, 1988

carga laboral sobre el personal de salud e insatisfacción en el usuario en cuanto a la calidad brindada.

1.3.3. Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo

El modelo explicativo del daño de origen profesional es insuficiente para explicar el desarrollo de las enfermedades en los trabajadores. Sin embargo, Ana Tosi y Jorge Kohen, indican que lamentablemente este es el modelo dominante a pesar de que es una noción restringida y negativa de la salud, con tendencia a relacionar las enfermedades profesionales con los riesgos del ambiente físico y, finalmente, la inclinación a vincular a cada accidente o enfermedad profesional con un determinado factor de riesgo y aun análisis de tipo mono causal en cuanto a la génesis de los eventos claramente dañinos (Bonantini, 1995)⁸

Considerando esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al lugar de trabajo como un área central y prioritaria para la promoción de la salud en el siglo XXI. Al decir de la OPS "la salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludable se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general." (OPS, 2000)⁹

La OMS recomendó el uso del término de "enfermedad relacionada con el trabajo", para aquellas patologías en las cuales las condiciones y medio ambiente de trabajo influyen considerablemente al verse desencadenadas, agravadas o aceleradas por factores de riesgo presentes en el medio ambiente de trabajo.

Estas enfermedades pueden clasificarse como:

⁸Bonantini, 1995

⁹OPS, 2000

Enfermedades cardiovasculares: La hipertensión arterial y la enfermedad coronaria son dos ejemplos de enfermedades de alta incidencia en la población que pueden desencadenarse, agravarse o acelerar su evolución en condiciones de trabajo que expongan al individuo a situaciones de estrés térmico, sobrecarga física, turnos rotativos o estrés mental por sobrecarga psíquica de trabajo.

Enfermedades músculo-esqueléticas: Los dolores de la región lumbar, de los hombros o de la nuca se ven con mucha más frecuencia entre trabajadores cuyas condiciones de trabajo les exigen una sobrecarga mayor a dichos segmentos corporales ej.: choferes, enfermeros, y toda otra actividad que implique trabajo manual pesado, posturas incómodas o estáticas por períodos de tiempo prolongado inclinaciones o torsiones frecuentes y el deficiente diseño ergonómico de los lugares de trabajo.

Enfermedades psicosomáticas: Las inadecuadas condiciones y medioambiente de trabajo se relacionan en forma directa, aunque no mono causal, con la aparición de enfermedades como el consumo y dependencia de alcohol, tabaco o drogas de abuso y afectan a trabajadores expuestos a situaciones de alto estrés ya sea por sobrecarga física o psíquica, migración, ansiedad o temor. El trabajo en turnos rotativos se vincula a la presencia de úlceras, perturbaciones del sueño, apetito y trastornos gastrointestinales.

Envejecimiento precoz, alteraciones de la reproducción y cáncer: Son otros de los problemas de salud que sabemos se desencadenan, aceleran o agravan por las condiciones de trabajo (OIT, 2002).¹⁰

1.3.4. Riesgo cardiovascular en trabajadores de salud

Debido a la presión de la práctica en salud, el personal sanitario se ve sometido a situaciones de estrés y gran carga de trabajo, que pudiera traer

¹⁰OIT, 2002

como resultado la adquisición de hábitos dañinos para la salud, entre otros factores propios del ejercicio médico. (Díaz, 1995)¹¹

En un estudio efectuado en Europa, se señala el alto porcentaje de personal de salud que tienen hábitos relacionados con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Abellandeda, 1992)¹²

En Cuba se realizó un estudio basado en la teoría de que dentro de los profesionales de salud, el infarto del miocardio se presentaba con mayor frecuencia, ya que suelen secretar mayores cantidades de adrenalina y nor-adrenalina, que los pertenecientes a otros grupos socioeconómicos. Se comprobó que la secreción fue mayor durante las guardias que en jornadas normales de trabajo; así como también que durante las guardias tienen mayor excreción el personal de menos experiencia de trabajo. (Ulacia, 1981)¹³.

Otro factor de riesgo muy importante estudiado en el personal médico es el estrés. Un ejemplo de ello es un trabajo en el que se informó de que los estudiantes de carreras en salud representa un estrés mayoral de la práctica normal y al de otras profesiones universitarias (Reyes, 1983)¹⁴

Existen diferentes estudios (sobre todo de países industrializados de Europa y Estados Unidos), que plantean ciertas profesiones como de alta incidencia de enfermedades cardiovasculares, entre las que están; los trabajadores con turnos rotativos, trabajadores no calificados de industrias, los choferes de ómnibus, tractores y taxis; empleados de hoteles, restaurantes y marineros.

Dentro de las profesiones de baja incidencia se encuentran los académicos y campesinos (Andersen, 1988¹⁵; Hammar, 1992¹⁶; Kristensen, 1994¹⁷). Kristensen plantea que existen numerosos estudios epidemiológicos

¹¹Díaz, 1995

¹²Abellandeda, 1992

¹³Ulacia, 1981

¹⁴Reyes, 1983

¹⁵ Andersen, 1988

¹⁶ Hammar, 1992

¹⁷ Kristensen, 1994

donde se muestran diferencias sustanciales entre clases sociales, diferentes ocupaciones y la aparición de enfermedades cardiovasculares, añade además que en E. U., Europa y otros países industrializados es evidentemente alta en los sectores sociales bajos (Moller, 1991¹⁸; Hein, 1992) En este mismo artículo Kristensen realiza una oposición metodológica al modelo "Demanda-Control-Support" de R. Karasek y cols., (Karasek, 1979; Karasek, 1990) el cual plantea la relación existente entre las demandas de trabajo, la amplitud de decisión y el soporte social del individuo con la aparición de enfermedades cardiovasculares.

También añade a estos criterios que el trabajador está sometido a diferentes factores como son el ruido, trabajo pesado y exposiciones a sustancias químicas que sonda interés en la aparición de estos trastornos. (Kristensen, 1995; Tuchsén, 1993).

1.3.4. Riesgo Cardiovascular y personal de enfermería

La práctica de enfermería implica tomar decisiones acerca de la salud de sí misma y de los individuos, por lo que quien la ejerce tiene una gran responsabilidad, pero no se podría dejar a un lado ciertas enfermedades que pueden afectar su bienestar físico y emocional (Sifuentes, 2011)¹⁹.

En consecuencia, tienen un elevado riesgo de sufrir un evento cardiaco, que podría estar asociado a la salud física y emocional de las personas, principalmente en aquellas que desempeñan un trabajo exigente en cuanto a responsabilidad, turnos de trabajo, toma de decisiones, intensos compromisos con el trabajo, entre otros(OIT, 2002).

En tal sentido, los trabajadores que tienen una relación directa, continua y constante con personas donde se presentan distintas situaciones y conductas, tales como el que se ejecuta en la profesión de enfermería, son potencialmente susceptibles a desencadenar una enfermedad determinada,

¹⁸ Moller, 1991

¹⁹ Sifuentes, 2011

como es el caso de los riesgo cardiovasculares que comprenden la posibilidad de presentar sintomatología debido a sus hábitos psicosociales.

Los trabajadores y trabajadoras de los hospitales, particularmente el personal de enfermería, están expuestos a una serie de riesgos, tales como: la exposición a agentes infecciosos, posturas inadecuadas, levantamiento de cargas durante la manipulación de los pacientes, desplazamientos múltiples, exposición a sustancias químicas irritantes, alergénicas y/o mutagénicas y a radiaciones ionizantes, bien conocidos como productores de daños a la salud de los trabajadores.

Por otro lado, siendo el paciente, el objeto de trabajo de este personal, el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores. A esta carga psíquica se añaden las dificultades cotidianas ligadas a la organización del trabajo, tales como: sobrecarga, problemas de comunicación entre colegas y en particular con los médicos, así como los horarios, la rotación de turno y la jornada nocturna (Estry-Beharet al, 1991)²⁰.

Todos estos factores de riesgos aunados a las condiciones y estilos de vida, configuran perfiles de malestares, enfermedades, desgaste físico y emocional, incapacidades e insatisfacción laboral, específicos del personal de enfermería.

Existen varias razones que pudieran explicar esta situación. La primera de ellas es, el hecho mismo de que la Salud Ocupacional, disciplina que se encarga del estudio de la relación salud- trabajo es un área disciplinaria de reciente desarrollo en el país y al igual que en el contexto mundial ha concentrado sus esfuerzos en el estudio de las condiciones de trabajo y el impacto a la salud de los trabajadores fabriles (de la industria de la construcción, a metalmecánica, la siderometalúrgica, etc.); sectores que emplean fundamentalmente fuerza de trabajo masculina y considerados de alto riesgo (por los elevados índices de accidentalidad).

²⁰ Estry-Beharet al, 1991

Por otra parte existe el mito o creencia de que las labores desarrolladas por las mujeres son “seguras” o de bajo riesgo, motivo por el cual no ameritan ser estudiadas, generando un círculo vicioso.

Al no ser estudiadas las condiciones de trabajo de las mujeres, no se conocen los riesgos a los que se exponen y por tanto, no se producen ni toman acciones para prevenirlos, corregirlos o darle respuestas desde el punto de vista curativo o de rehabilitación de las lesiones a la salud de la población trabajadora (Messinget al, 1997)²¹. Estudios recientes, en salud de las mujeres y el trabajo, han demostrado que las áreas laborales donde se concentran las mujeres, se caracterizan por condiciones acumulativas, impactando su salud física y mental, la acción sinérgica de factores provenientes del trabajo productivo o remunerado y del doméstico (Acevedo, 1995).

No olvidemos que las mujeres sufrimos en esta sociedad los embates de nuestra doble condición, la de ser mujer y trabajadora (caso de todas: costureras, docentes, enfermeras, camareras, médicas, administradoras, etc.).

Otra razón, poco documentada en la literatura, pero real empíricamente que pudiera explicar esta carencia de estudios y programas que tomen en cuenta la salud de los y las trabajadoras de la enfermería, puede ser el nivel de organización y activismo gremial, que como cualquier otro de nuestros sectores de trabajo sindicalizados, frente a la crisis económica que se vive, prioriza sus luchas por el salario y la estabilidad laboral, dejando de lado la bandera de la salud y la seguridad en el trabajo.

²¹ Messinget al, 1997

CAPITULO 2

2. Esquema Metodológico

2.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio escogido fue de tipo longitudinal, observacional

2.2. Diseño de la investigación

Se escogió un estudio de tipo no experimental transversal debido a que es el estudio más adecuado realizar una entrevista.

2.3. Área de estudio

El área de estudio fue Salud Laboral

2.4. Universo y Muestra

La población Diana estuvo conformada personal de enfermería no profesional que labora en el hospital “Enrique C. Sotomayor”. La población de estudio debió cumplir con los siguientes criterios de selección:

- Criterios de Inclusión
- Hipertensión arterial con diagnostico certificado por un médico
- Consentimiento informado
- Criterios de exclusión
- Solicitud de abandono

Se incluyeron 60 mujeres como muestra, lo que correspondió al 100% de los casos que cumplieron los criterios de selección.

2.5. Técnicas de recolección de Información

Se procedió a realizar una entrevista entre el personal de enfermería no profesional, a aquellas personas que tenían un diagnóstico definitivo de hipertensión arterial sistémica esencial. Una vez identificadas se les solicitó el consentimiento informado para poder realizarle la entrevista. Una vez que

esta accedió se realizó la misma y los datos fueron guardados en un formulario para cada caso. Finalmente los datos fueron incluidos en una hoja electrónica para su posterior tabulación y procesamiento estadístico.

2.6. Descripción de los Procedimiento

2.6.1. Instrumentos de recolección de información

Encuesta (anexo 1).

2.6.2. Método de recolección de información

Entrevista

2.6.3. Técnicas de análisis de la información

La base de datos fue diseñada en una hoja electrónica de Excel. Para la presentación de las características de la población se utilizarán estadígrafos, frecuencias simples, acumuladas y porcentajes.

2.7 Hipótesis

“El factor de riesgo de hipertensión arterial sistémica esencial de mayor frecuencia entre personal de enfermería no profesional que labora en el hospital “Enrique C. Sotomayor” es la mala alimentación”

2.8. Variables

- Edad
- Grado de instrucción
- Controles de cuadros de hipertensión
- Antecedentes familiares de HTA
- Existencia del hábito de ingesta de alcohol o fumar
- Lugar de alimentación en horario de trabajo
- Ingesta de alimentos ricos en grasas insaturadas
- Sedentarismo

- Estrés producido por los cambios de turnos y turnos en áreas específicas
- Información sobre HTA
- Disposición del personal a recibir capacitación

2.9. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable
*Edad	*21-30 *31-40 *41-50	*años de vida	*Cuantitativa continua
*Grado de instrucción académica	*analfabeta *Primaria *Secundaria *Universidad	*nivel de estudio cursado completo	*Categórica Nominal
*Controles de cuadros de hipertensión	*Sí *No	*Cantidad de asistencia a control médico *Existencia de familiar con diagnóstico médico definitivo del proceso fisiopatológico	Categórica dicotómica
*Antecedentes familiares de HTA	*Sí *No	*Existencia de los hábitos	Categórica dicotómica
*Existencia del hábito de ingesta de alcohol o fumar	*Sí *No	*Lugar donde ingiere alimentos	Categórica dicotómica
*Lugar de alimentación en horario de trabaja	*Domicilio *No domicilio	*Ingesta de comida "Chatarra"	Categórica dicotómica
*Ingesta de alimentos ricos en grasas insaturadas	*Sí *No	*Ausencia de actividad deportiva rutinaria	Categórica dicotómica
*Sedentarismo	*Sí *No	*desarrollo del proceso fisiopatológico de la enfermedad mental	*Categórica dicotómica
*Estrés producido por los cambios de turnos y turnos en áreas específicas	*Sí *No	*Antecedentes sobre información formal sobre la enfermedad	*Categórica dicotómica
*Información sobre la HTA	*Sí *No	*Aceptación de una intervención de capacitación sobre HTA	*Categórica dicotómica
*Disposición del personal a recibir capacitación	*Sí *No		*Categórica dicotómica

CAPÍTULO 3

3. Análisis de resultados

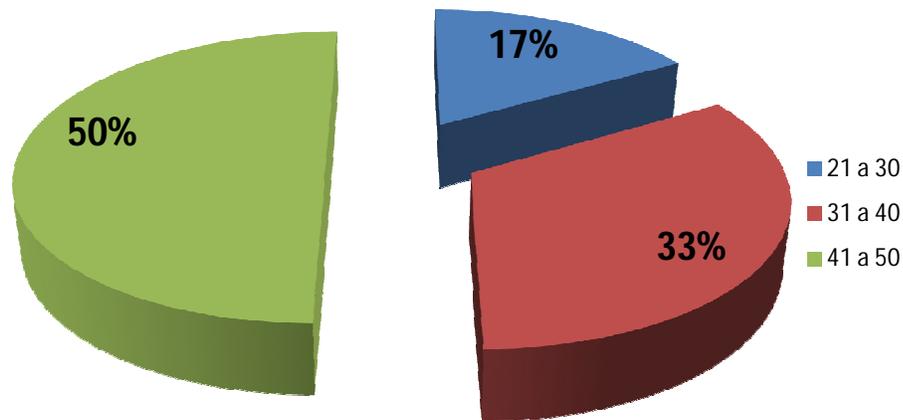
3.1. Presentación de resultados

Tabla 1: Distribución por edad del personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

años	f	%
21 a 30	10	17
31 a 40	20	33
41 a 50	30	50
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tomala M.

Gráfico 1: Distribución por edad del personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

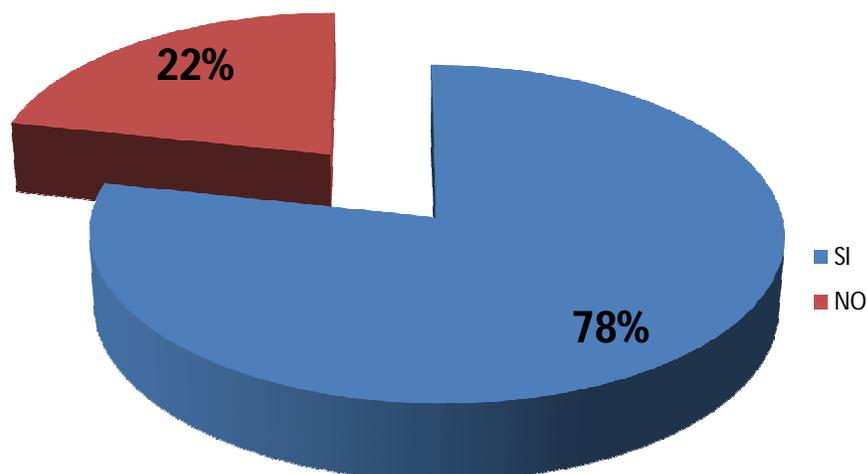
La mayoría del personal de enfermeras no profesionales con diagnóstico de hipertensión que laboran en la institución tienen entre 41 y 50 años (50%). El 33% tiene 31 años o más. La edad promedio del grupo fue de $38,83 \pm 7.5$ años (Tabla 7-1). Todas las personas incluidas en el estudio tenían instrucción secundaria.

Tabla 2: Distribución por grado cumplimiento de exámenes de rutina del personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

Controles de rutina	f	%
Sí	47	78
No	13	22
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tomala M.

Gráfico 2: Distribución por grado cumplimiento de exámenes de rutina del personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



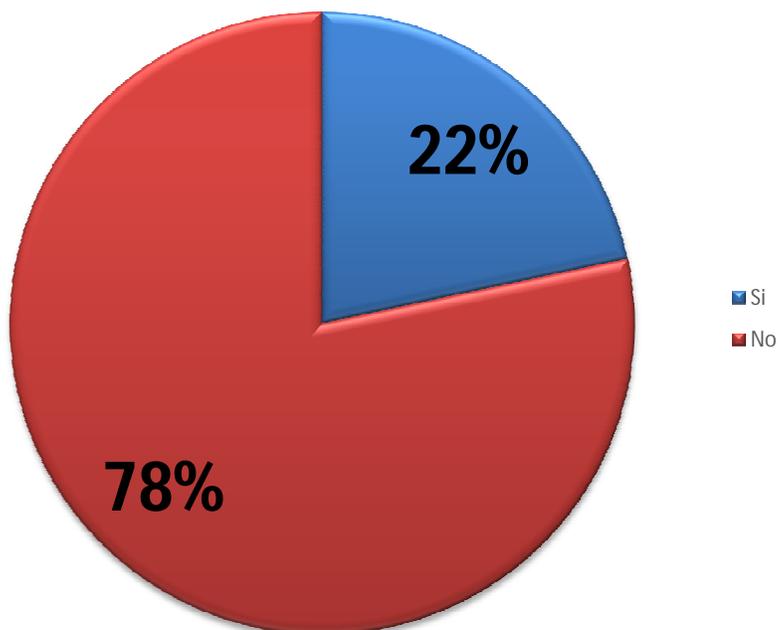
FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

Solo un reducido número de las personas incorporadas en la investigación no se realizaban controles de rutina por su cuadro de hipertensión (22%). El restante 78% si lo hacía

Tabla 3: Distribución antecedentes familiares de HTA en el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

Antecedentes	f	%
No	47	78
Sí	13	22
TOTAL	60	100%

Grafico # 3 Distribución antecedentes familiares de HTA en el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

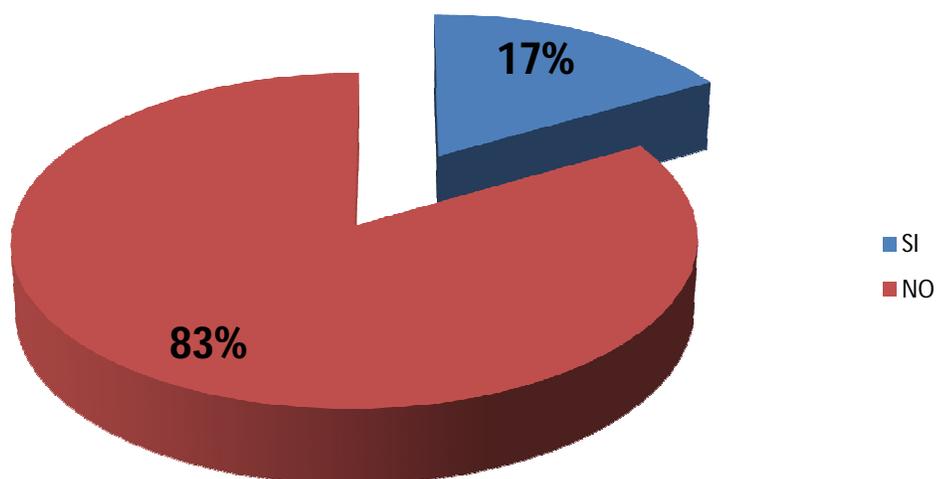
El antecedente de hipertensión arterial sistémica en la familia fue reportado por aproximadamente una tercera parte de las participantes (22%), mientras que en restante 78% no.

Tabla 4: Distribución por presencia de hábitos de ingesta de alcohol y fumar entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

hábito	f	%
SI	10	17
NO	50	83
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tomala M.

Gráfico # 4: Distribución por presencia de hábitos de ingesta de alcohol y fumar entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

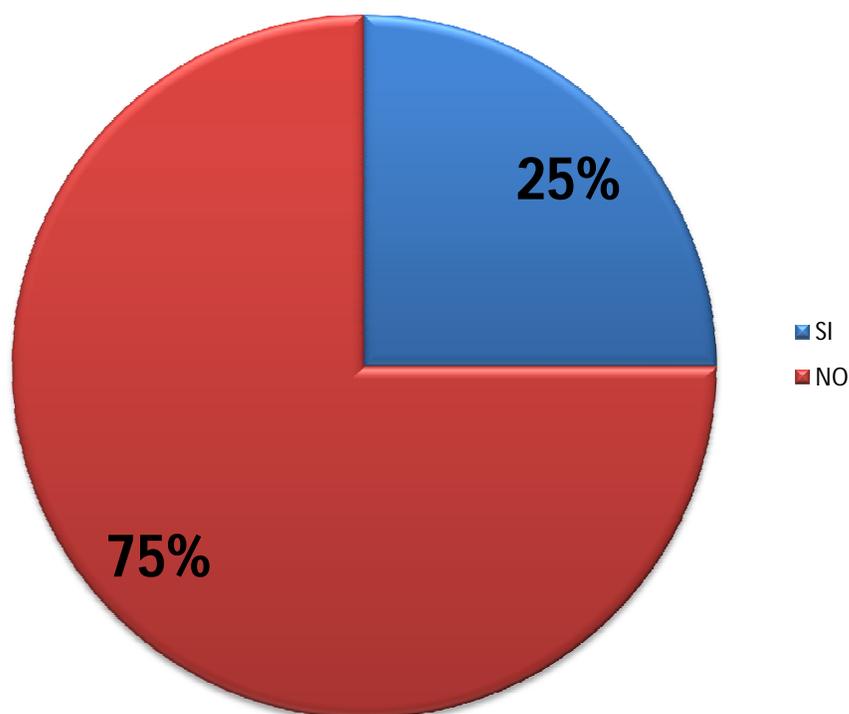
La ingesta de alcohol o fumar cigarrillos estuvo presente en un reducido número del personal incluido en la investigación (17%). En el restante 83% no se evidenció este hábito

Tabla 5: Distribución según el lugar donde ingieren sus alimentos entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

hábito	f	%
SI	15	25%
NO	45	75%
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tomala M.

Grafico # 5: Distribución según el lugar donde ingieren sus alimentos entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

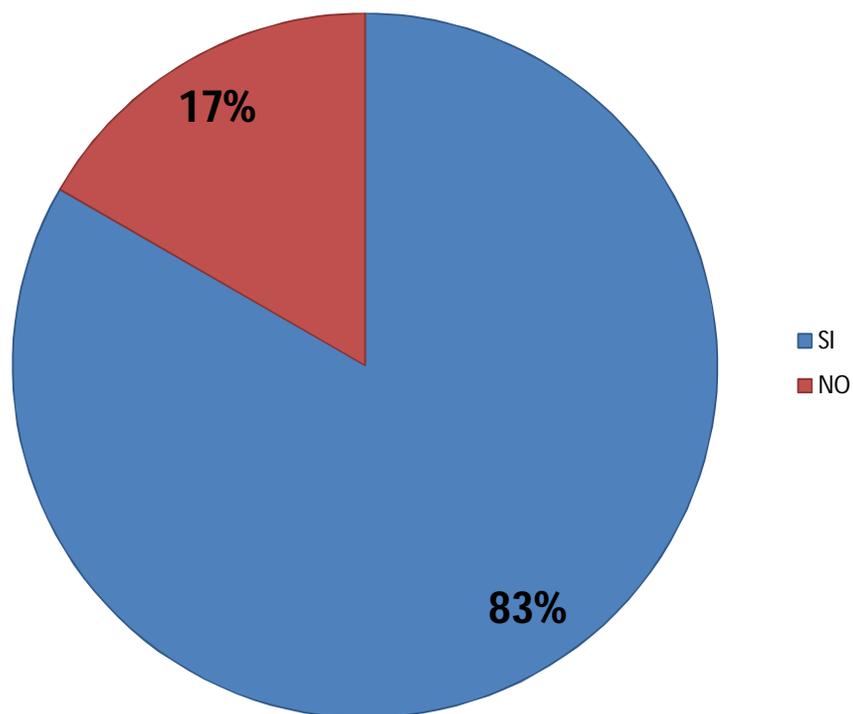
Por lo general, el personal no profesional de enfermería que tiene hipertensión arterial sistémica esencial, no se alimenta en el domicilio sino que lo hace en la institución o en lugares aledaños (75%). El 25% si lo hace en su domicilio.

Tabla6: Distribución de ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

Ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas		%
Si	50	83
No	10	17
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tomala M.

Gráfico # 6 Distribución de ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

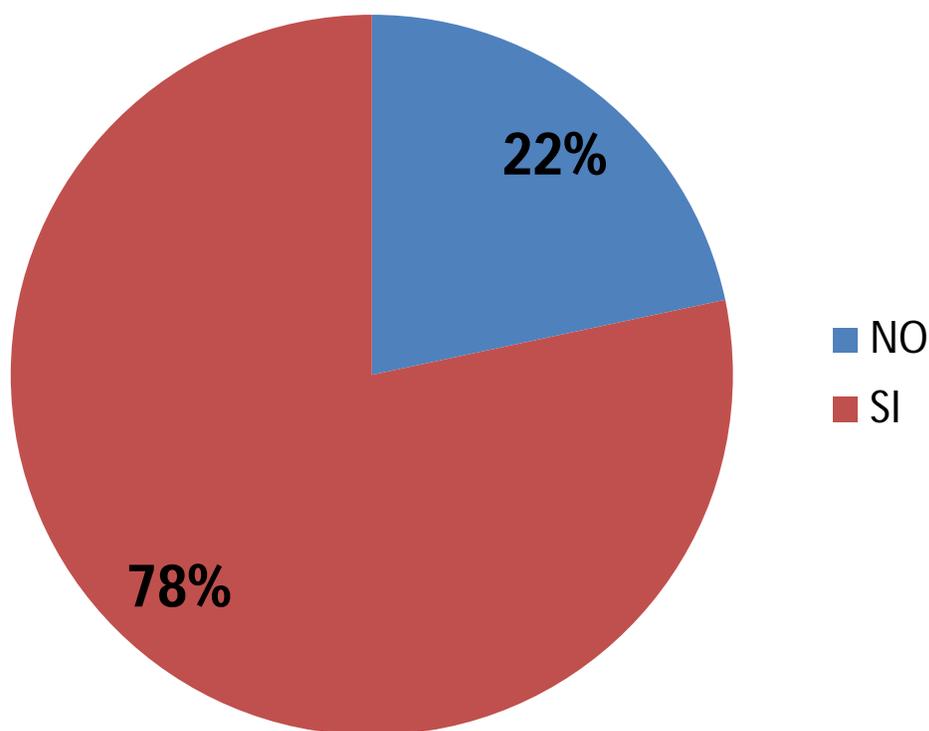
Por lo general un número elevado de las personas encuestadas informó ingerir alimentos ricos en grasas saturadas con 83% (“comida Chatarra”). El restante 17% no lo hacía (Tabla 7-6).

Tabla 7: Distribución según historia de vida sedentaria entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

Sedentarismo	f	%
NO	13	22
SI	47	78
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tómalá M.

Gráfico # 7: Distribución según historia de vida sedentaria entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

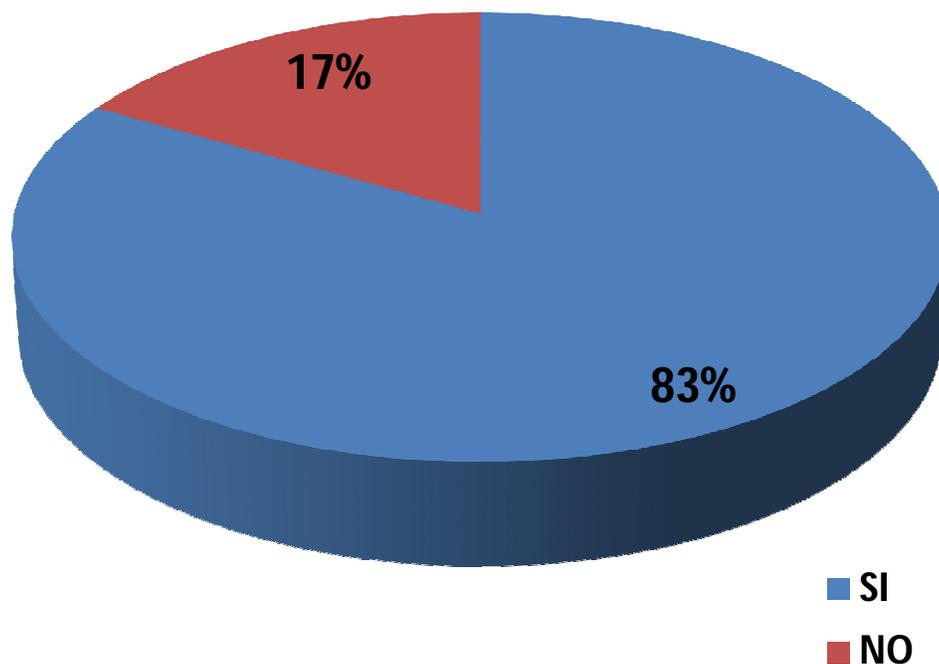
Por lo general, los participantes del estudio llevan una vida sedentaria (78%). En el 22% no existía sedentarismo entre los entrevistados.

Tabla 8: Distribución según estrés entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor

Estrés	f	%
SI	50	83
NO	10	17
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tomala M.

Gráfico # 8: Distribución según estrés entre el personal no profesional de enfermería con Hipertensión Trabajando en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

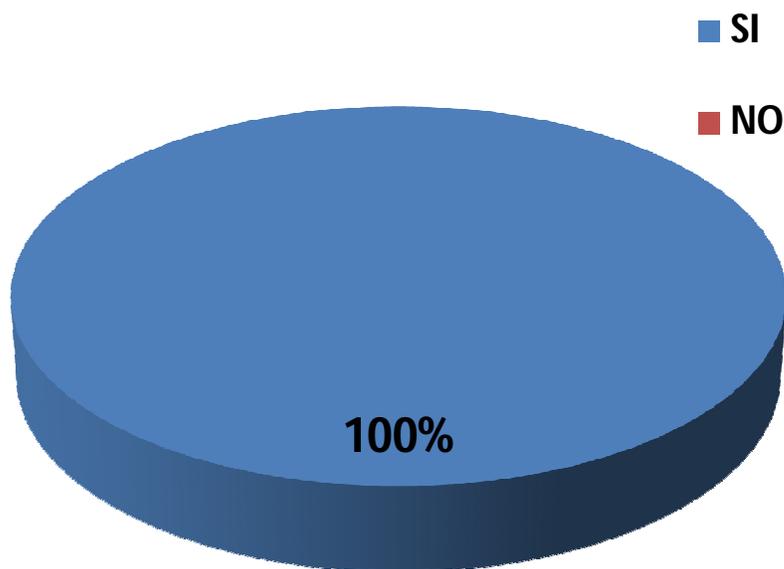
Existe un número importante de personas que tienen un alto grado de estrés causado por los cambios de turno, o por turnos en áreas particulares (83%), en el 17%, el personal no informó estrés

Tabla 9: Distribución sobre el deseo de recibir capacitación conocimientos acerca de la Hipertensión Arterial en el hospital Enrique C. Sotomayor

Estrés	f	%
SI	60	100
NO	0	0
TOTAL	60	100%

Elaborado por: Gisella Tomala M.

Gráfico # 9 Distribución sobre el deseo de recibir capacitación conocimientos acerca de la Hipertensión Arterial en el hospital Enrique C. Sotomayor



FUENTE: Encuesta Realizada al personal no profesional de enfermería.

Las personas incluidas en el estudio en el 100% no tenían información sobre la enfermedad o no habían recibido una información adecuada. Con el propósito de conocer si existía una predisposición del personal a modificar su conducta de riesgo se les preguntó si estaría dispuestas a recibir capacitación sobre su enfermedad, el 100% respondió que sí.

3.2. Análisis De Los Resultados

En el estudio se puede observar que la edad promedio es de aproximadamente 38 años, esto no concuerda con estudios como el de Rodríguez (2006) donde el grupo más numeroso (37%) está en el grupo de 25 a 29 años de edad, seguido del grupo de 30 a 34 años que concentra el 33.3% y el grupo de 35 a 40 años representa el 29.6%. Sifuentes (2011) muestra resultados más concordantes al evidenciar que la población estudiada tenía entre 35-39 años, con un 27.9%; sin embargo, al englobar los rangos de 40 a 44, 45 a 49, 51 y más, suman un 39.53%.

En general, el nivel de conocimientos del personal de enfermería no profesional que prestan servicios en hospital Enrique C. Sotomayor sobre los factores de riesgo de hipertensión, resultaron ser alarmantes. En el estudio de Rodríguez (2006) también este desconocimiento es alto ya que el 81.5% obtuvo un resultado deficiente y el 18.5% llegó al nivel regular.

En cuanto al Tabaquismo el estudio de Sifuentes (2011), los resultados presentados evidencian que un 71.95% de la población en estudio afirmaron que no poseen hábitos tabáquicos. En la investigación actual, la frecuencia fue mucho menor.

En el estudio de Sifuentes (2011) solo un 4.65% mantiene la presión "Tratada". En los resultados que se acaban de presentar, aunque los niveles no son similares, la falta de tratamiento es también muy elevado.

CAPÍTULO 4

4. Propuesta

4.1 Guía para promover conocimientos básicos dirigidos al personal no profesional de enfermería sobre la hipertensión arterial sistemática esencial.

INTRODUCCIÓN

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificables o prevenibles y no modificables; los primeros abarcan los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad), los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés) y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda; los segundos (edad, género, grupo étnico, herencia). La hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco.

Por lo anterior, controlar la HTA significa controlar el riesgo y mejorar la expectativa de vida en la edad adulta con énfasis en la calidad de la misma y, sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto del personal de enfermería no profesional, lo que permitirá acercarnos en este campo para tener una mejor salud.

JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países, es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mm. Hg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebro vascular (ACV), y el control de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ACV.

Según los datos de mortalidad la enfermedad hipertensiva ocupó el 9° lugar aportando el 3.05% de total de las defunciones por todas las causas, y según el Sistema de Información del Ministerio de Salud, la enfermedad hipertensiva fue la octava causa de morbilidad en consulta externa en 2011 en el total de la población, siendo la primera causa para a población de 45 - 59 años de los casos, y para la población de 60 y más años de los casos de consulta.

Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebro vascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los Guayaquileños y al personal de enfermería no profesional del HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”, lo que permitirá acercarnos en este campo.

El control de la Hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección

temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones.

La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder a la toma de presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, y farmacología de la Hipertensión Arterial, que según los grandes estudios han demostrado un mayor beneficio en la reducción de accidentes cerebro vasculares, y cardiopatías coronarias.

OBJETIVO GENERAL

Proveer información básica sobre la hipertensión arterial sistémica esencial al personal de enfermería no profesional con el propósito de que se genere en ellas una motivación para el cuidado en salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la presencia de factores de riesgo prevenibles asociados a la HTA.
- Detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica y brindar el tratamiento, de la HTA y los factores de riesgo asociados, para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad.

**Guía para promover conocimientos básicos dirigidos
al personal no profesional de enfermería sobre la
hipertensión arterial sistemática esencial.**

DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

DEFINICION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardiocerebrovascular.

DESCRIPCION CLINICA

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinnitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil.

La hipertensión arterial va acompañada de alteraciones funcionales. Algunos de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la hipertensión arterial son:

- Cambios estructurales en el sistema cardiovascular
- Disfunción endotelial.
- El sistema nervioso simpático.
- Sistema renina-angiotensina.
- Mecanismos renales.

3.3 COMPLICACIONES

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos, y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial. (Ver Cuadro No. 1 y 2)

CUADRO No. 1 COMPLICACIONES SEGUN LESION DE ORGANOS BLANCO

SISTEMA	EVIDENCIA CLINICA
Cardíaco	Enfermedad Coronaria (EC) Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC).
Cerebrovascular	Isquémica transitoria. Evento Cerebrovascular
Retinopatía:	Aumento de la luminosidad de los vasos. Entrecruzamiento de vasos. Hemorragias o exudados (con o sin papiledema).
Sistema Renal:	Creatinina sérica mayor 1.5 mg/dl (130 u mol/l). Microalbuminuria. Proteinuria >1.
Sistema vascular periférico	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es un indicador de compromiso vascular periférico.

TOMADO DE: www.intramed.net

CUADRO 2. COMPLICACIONES SEGUN ESTADO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Estadio I	Sin manifestaciones de modificación orgánica
Estadio II	<p>Al menos una de las manifestaciones siguientes de afectación órganos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertrofia ventricular izquierda (detección ecocardiograma) ✓ Estrechamiento general y focal de las arterias retinianas ✓ Microalbuminuria, proteinuria y/o ligera elevación de la concentración de creatinina en plasma (1,2– 2,0 mg/dl). ✓ Signos radiológicos o ecográficos de placa aterosclerótica (en la aorta o arterias carótidas, ilíacas o femorales).
Estadio III	<p>Aparición de síntomas y signos como resultado de la lesión de órganos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corazón: Angina de pecho, Infarto de miocardio, Insuficiencia cardiaca ✓ Cerebro: Accidente Cerebrovascular, Ataque isquémico transitorio, Encefalopatía hipertensiva, Demencia vascular ✓ Fondo de Ojo: Hemorragia retiniana y exudado con o sin edema papilar ✓ Riñón: Creatinina en plasma > 2.0 mg/dl, Insuficiencia Renal ✓ Vasos sanguíneos: Aneurisma disecante, Arteriopatía oclusiva sintomática.

TOMADO DE: www.intramed.net

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados. Cuadro No.3

CUADRO 3 FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSION ARTERIAL

FACTOR DE RIESGO	RELACION CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgos.
SEXO	La hipertensión y el accidente Cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente Cerebrovascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.
ORIGEN ÉTNICO	La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2ª grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	
TABAQUISMO	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo.8 El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA.
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.
SEDENTARISMO	La vida sedentaria aumenta de la masa muscular, aumenta el Colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.
PSICOLOGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).
FACTORES BIOLÓGICOS	
DISLIPIDEMIAS	El estudio de Framingham demostro que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.
DIABETES MELLITUS	La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

TOMADO DE: www.intramed.net

POBLACION OBJETO

Población con diagnóstico de hipertensión arterial que son parte del personal de enfermería no profesional del Hospital Gineco Obstetrico Enrique C. Sotomayor.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO

Toma de la presión arterial

La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial en los diferentes grupos de población.

El esquema para la toma de presión arterial planteado es el sugerido por el Sexto Comité Conjunto Nacional (JNC VI), basado en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y la Organización Panamericana de la Salud.

Adecuada técnica en la medición de la tensión arterial:

- La persona debe estar sentada en una silla con su espalda apoyada, sus antebrazos apoyados y sus brazos a nivel del corazón.
- No haber fumado o ingerido cafeína durante los 30 minutos previos a la medición.
- La medición debe hacerse después de cinco minutos de reposo.
- El tamaño del brazalete debe ocupar el 80% de la longitud total del brazo.
- Preferiblemente con un esfigmomanómetro de mercurio, o manómetro anaeroide recientemente calibrado o medidor electrónico validado.
- Deben promediarse dos o más mediciones tomadas en forma separada, con un intervalo de dos minutos.

- Si las dos primeras mediciones difieren por más de 5 mmHg, se deben obtener y promediar mediciones adicionales. Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Perfecto funcionamiento del equipo utilizado.
- Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado.
- Capacidad para identificar el significado de los datos obtenidos en la toma.

No siempre la toma de presión arterial en el consultorio es la más objetiva, por eso en ocasiones se deben considerar las cifras tomadas en la casa o hacer mediciones ambulatorias por 24 horas, cuyo uso se limita a ciertas situaciones especiales para descartar:

- Hipertensión de consultorio o bata blanca.
- Hipertensión episódica.
- Síntomas de hipotensión asociados con medicamentos o disfunción autonómica.
- Síndrome de síncope del seno carotídeo.
- Síndrome de marcapaso.
- Evaluación de resistencia a la droga.

Clasificación por grados de presión arterial en adultos

Teniendo en cuenta los resultados de la toma de presión arterial, se clasifica el grado de presión arterial. Ver cuadro 4.

CUADRO NO. 4 CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN POR GRADOS DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS

CATEGORIA	PAS, SISTOLICA (mmHg)	PAD, DIASTOLICA (mmHg)
Optima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Alta	130-139	85-89
HIPERTENSION		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

TOMADO DE: www.intramed.net

El médico, la enfermera o la auxiliar de enfermería deben informar a la persona acerca del resultado de la toma de presión arterial, orientar y dar educación sobre estilos de vida saludable, y darle una nueva cita, con el fin de mantener la adhesión y continuidad en los controles de presión arterial.

• Presión Arterial Optima o Normal.

En caso de personas con presión arterial optima o normal, sin factores de riesgo asociados, se hacen los registros correspondientes, se da educación en estilos de vida saludable y se cita para un nuevo control en cinco años. Flujograma 1.

• Presión Arterial Normal con factores de riesgo y Presión Arterial Normal Alta.

Las personas con presión arterial normal con factor de riesgo y normal alta sin factores de riesgo se citan a control en dos años y con presión normal alta con factores de riesgo, se citan a control en un año, en ambos casos se da educación en estilos de vida saludable y se intervienen los factores de riesgo en forma individualizada, con el profesional correspondiente (nutricionista, psicólogo, médico, etc.). Flujograma 1

• **Hipertensión Arterial Estado 1, 2 y 3.**

Como en los anteriores casos las personas con hipertensión estado 1, 2 y 3, el médico realiza el control de TA confirmatorio, incluyendo anamnesis, examen físico completo y en caso necesario solicita los laboratorios de rutina. Todas las personas deben recibir educación en estilos de vida saludables y en caso de tener factores de riesgo se deben intervenir en forma individualizada. CUADRO No. 5

CUADRO No. 5. DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA VALORACION MEDICA

ANAMNESIS: incluye:	EXAMEN FÍSICO: incluye:
<p>Historia familiar de hipertensión arterial, enfermedades Cardiovasculares, y exposición a tóxicos, enfermedad cerebrovascular, diabetes o enfermedad renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo de evolución de la hipertensión y las cifras previas de presión arterial. • Historia personal cardiovascular, cerebrovascular, renal o diabetes. • Experiencia con antihipertensivos, efectos secundarios y sus causas. • Utilización de medicamentos que modifiquen la tensión arterial o que interactúe con ella como los AINES, anticonceptivos orales y vasoconstrictores nasales, etc. • Factores riesgo asociados como tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, ingesta excesiva de sal o grasas saturadas, sedentarismo y manejo inadecuado del estrés. • Síntomas tales como: cefalea, epistáxis, tinnitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de la presión arterial con la persona acostada, de pie y sentado, en ambos brazos y miembros inferiores. • Medición de talla y peso, IMC. • Examen del fondo de ojo. • Examen de cuello para evaluar ingurgitación yugular, soplos carotídeos y el tamaño de la tiroides. • Examen del corazón para determinar megalias, la existencia de galope, soplos, presencia de arritmias e impulso apical. • Examen de abdomen buscando soplos periumbilicales y lumbares, aumento del tamaño renal, dilatación aórtica. • Examen de extremidades buscando presencia de pulsos periféricos o edema. • Examen neurológico completo

TOMADO DE: www.intramed.net

Los datos obtenidos en el interrogatorio y en el examen físico pueden ser suficientes para realizar el diagnóstico definitivo, sin embargo algunos exámenes de laboratorio solicitados en la consulta médica inicial, pueden aportar información adicional acerca del impacto de la hipertensión arterial en lesión de órganos blancos y definir además factores de riesgo cardiovascular asociados.

Otros exámenes son opcionales y dependen del criterio médico: Rayos X de tórax, ecocardiograma, microalbuminuria, Na y Ca séricos, ácido úrico, hemoglobina glicosilada.

La valoración completa debe orientar la clasificación del grado de hipertensión arterial, identificar los factores de riesgo asociados, el riesgo cardiovascular total, la lesión de órgano blanco, implementar la terapia individual, y determinar la respuesta al tratamiento instaurado.

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, el tratamiento de elección puede ser no farmacológico o farmacológico de acuerdo al estado de la hipertensión y los factores de riesgo asociados.

Cuando se va iniciar tratamiento la persona debe ser informada ampliamente sobre la hipertensión arterial, cuales son las cifras de presión arterial que maneja, cuales son los factores de riesgo identificados, cuales son las acciones protectoras, el tratamiento, los efectos secundarios y las posibles complicaciones.

Es importante en el tratamiento de la hipertensión arterial disponer de un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial. El tratamiento de la hipertensión arterial en estados 1, 2 y 3 está determinado por el grado de presión arterial, la presencia o ausencia de lesión de órgano blanco y la presencia o ausencia de factores de riesgo, Cuadro No.7.

CUADRO No. 7. ESTRATIFICACION DE RIESGO Y TRATAMIENTO

PA	Grupo de riesgo A Sin factores de riesgo, sin alteración de órgano blanco	Grupo de riesgo B Por lo menos un factor de riesgo, sin incluir diabetes, sin afección de órgano blanco	Grupo de riesgo C Falla cardiaca, insuficiencia renal o diabetes, con o sin otros factores de riesgo
Normal alta 85-89 ó 85-89 mmHg)	Modificación estilo de vida	Modificación estilo de vida	Farmacoterapia
Estado 1 (140-159 ó 90-99 mmHg)	Modificación estilo de vida. (Por lo menos 12 meses)	Modificación estilo de vida (por lo menos 6 meses)	Farmacoterapia
Estado 2 y 3 (≥ 160 / ≥ 100 mmHg)	Farmacoterapia	Farmacoterapia	Farmacoterapia

TOMADO DE: www.intramed.net

Quando no se logra la modificación de la presión arterial deseada mediante modificación de estilo de vida, debe iniciarse terapia farmacológica.

En el grupo de riesgo B están contenidos la mayor parte de los pacientes hipertensos. Si están presentes múltiples factores de riesgo, en este grupo se debe considerar el uso de medicamentos antihipertensivos como terapia inicial.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico esta orientado a dar educación en estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial. Cuadro 8 y Flujograma 2.

CUADRO No. 8. INTERVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO

METAS EN INTERVENCION DEL RIESGO	RECOMENDACIONES
Abstenerse de fumar	Abandono del tabaquismo
Manejo del estrés	Manejo del estrés.
Reducción de peso	Mantener un peso deseable (IMC < 21-25). c/c en hombres < 0.9 y para mujeres < 0.8,
Moderación del consumo de alcohol	En lo posible debe suspenderse la ingesta de alcohol. Ingesta limite diaria de no más de 30 ml de etanol (720 ml de cerveza, 300 ml de vino, 60 ml de Whisky). En la mujer debe limitarse a 15 ml de etanol por día.
Actividad física	La actividad física aeróbica, se recomienda en general sesiones de 30 a 45 minutos de marcha rápida por lo menos 3 o 4 veces en la semana.
Moderación de la ingesta de sodio	se recomienda un consumo diario máximo de aproximadamente 6 gr. de sal (2.4 gr. de sodio al día).
Ingesta de potasio	Aumentando en un 30% el consumo de potasio. Se considera como adecuada una ingesta aproximadamente 90 mmol / día contenidos en frutas frescas y vegetales.
Reducir la ingesta de grasa	Dieta con consumo de grasa <30%, <10% de grasa saturada, 300mg de colesterol
Manejo de lípidos	Colesterol total <240mg/dl, y LDL<160mg/dl hasta con 1 F.R. Colesterol total <200mg/dl, y LDL<140mg/dl con 2 o mas F.R. HDL>35mg/dl, triglicéridos<200mg/dl.16

TOMADO DE: www.intramed.net

CUADRO No. 9. MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

DIETA	EJERCICIO
<p>La dieta en lo posible debe ser baja en sal o sodio, alta en potasio y baja en calorías.</p> <p>Hipocalórica: Dieta baja en sal: restricción a 6 gr. de sal o 2.4 gr. de sodio día:</p> <ul style="list-style-type: none"> • no agregar sal en la mesa, • usar otras especias, hiervas y vinagres. • evitar los alimentos procesados: <ul style="list-style-type: none"> carnes procesadas perros calientes quesos pepinillos sopas verduras enlatadas pescado enlatado jugos de verduras nueces salsas aderezos . Acostumbrarse a leer en la etiqueta para ver los ingredientes de los alimentos. <p>Consumo de potasio y calcio: Los alimentos con alto contenido de potasio incluyen verduras y frutas frescas. Reducir el consumo de grasas saturadas (carnes con grasas, manteca), remplace por grasas poli-insaturadas y mono saturadas que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aceites vegetales de maíz, girasol, • ajonjolí, • aceite de oliva, maní, • soya. <p>Incluya en la dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • carne magra, • quesos y derivados de la leche bajos en grasa. <p>Alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • restringir consumo 	<ul style="list-style-type: none"> • Un programa de ejercicio requiere de una valoración inicial, y este debe ser individualizado. • El mejor ejercicio es el aeróbico, en el se incluyen: • caminar, • trotar, • nadar, • bailar, • montar bicicleta. <p>Se puede iniciar con caminata 20 a 30 minutos diarios, 3 o 4 veces por semana.</p> <p>Otra forma de realizar ejercicio es ir caminando a comprar los elementos que necesite, en vez de utilizar el auto.</p> <p>Subir y bajar escaleras</p> <p>Caminar durante el descanso.</p> <p>Bajarse del bus una o dos cuerdas antes del destino y caminar.</p>

TOMADO DE: www.intramed.net

Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse sólo al control de las cifras tensionales con metas de 140/90, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco.

- La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizado y escalonado.
- Se recomienda el uso de diuréticos y betabloqueadores como fármacos de iniciación. Cuadro No.10
- En la terapia individualizada se cuenta con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA, antagonistas de receptores AT1, bloqueadores de los canales de calcio, alfabloqueadores, vasodilatadores, bloqueadores centrales ganglionares. Cuadro No. 10
- El medicamento debe tener buen perfil hemodinámico, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órgano blanco.
- Es preferible usar un solo medicamento – monoterapia – y una sola dosis – monodosis esto da comodidad y permite mayor adherencia al tratamiento y menor costo.
- Se debe Iniciar con bajas dosis de medicamento, validado y sustentado mediante investigación de moléculas, con reconocida eficacia, tolerabilidad y la dosis se modifica según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis subóptima.
- En caso de inadecuado control de cifras de tensión arterial después de uno o dos meses, con buena tolerabilidad al tratamiento iniciado, se procede a aumentar la dosis del medicamento.
- En caso de no obtener control adecuado con dosis máxima se debe considerar un segundo fármaco de grupo diferente, que preferiblemente podría ser un diurético.
- Si la persona no tolera la elección se puede cambiar por medicamento de grupo farmacológico diferente.

- Si no se controla con la anterior recomendación se debe enviar al médico internista y este lo remitirá al especialista (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo, oftalmólogo) según el compromiso de la lesión de órgano blanco.
- La persona que ha iniciado Farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se estabilice puede iniciar controles de enfermería cada dos meses. Posterior al control medico se cita para nuevos controles médicos o de enfermería según la situación individual.

Respuesta inadecuada al tratamiento hipertensivo

Se considera que hay respuesta inadecuada al tratamiento de la hipertensión arterial en aquellas personas que permanecen con presión arterial mayor de 140/90 a pesar de adecuada adherencia al tratamiento, con tres medicamentos a dosis óptimas (un de ellos debe ser diurético), o en personas mayores de 40 años en quienes la presión sistólica permanece por encima de 160 a pesar tomaradecuadamente tres medicamentos en dosis máximas tolerables.

- Se deben descartar algunas circunstancias antes de declarar una respuesta inadecuada al tratamiento como: pseudohipertensión, uso de manguito inadecuado, hipertensión de bata blanca, sobrecarga de volumen. Así como daño renal progresivo, exceso de sal, retención hídrica y dosis inadecuada de diurético.
- Las principales causas de inadecuada respuesta al tratamiento son: tabaquismo, persistencia de obesidad, apnea obstructiva del sueño, resistencia a la insulina, consumo de alcohol, dolor crónico, crisis de ansiedad, hiperventilación y crisis de pánico.
- Además, desempeñan un papel importante las interacciones medicamentosas como en este caso los antiinflamatorios no esteroides, esteroides, descongestionantes y simpaticomiméticos que tal vez son los

medicamentos que con mayor frecuencia pueden afectar una buena respuesta al tratamiento antihipertensivo.

- Otros aspectos muy importantes para considerar son: dosis subterapéuticas, mala elección del medicamento e inadecuada terapia combinada.

Conclusiones

No se logró comprobar la hipótesis ya que la alimentación rica en grasas insaturadas, no es el factor de riesgo de mayor relevancia, aunque es uno de los principales, sino que la falta de capacitación sobre la hipertensión arterial sistémica esencial es la que se presenta en todas estas trabajadoras.

También son factores de riesgo de alta prevalencia de HTA sistémica esencial que se encuentran presentes entre el personal de enfermería no profesional, la falta de controles de rutina, alimentación en lugares no adecuados, ingesta de alimentos ricos en grasas insaturadas, vida sedentaria, exposición al estrés

Son factores de riesgo de baja frecuencia, los antecedentes familiares de HTA sistémica esencial, presencia de hábitos propiciadores de HTA

Se puede suponer entonces que el personal de enfermería no profesional siempre serán los más afectados, lo cual se explica por sí solo teniendo en cuenta que llevan el peso de la actividad directa con el paciente. Los procedimientos realizados por este grupo de personal tienen un elevado esfuerzo físico, como son: el baño en cama, cambio de ropa, movilización del paciente en las diferentes arias; en otros la postura es fundamental, por ejemplo, la medición de los signos vitales, el tiempo dedicado a la anotación en la historia clínica, entre otros (Langer, 1999)

Los servicios de medicina en comparación con cirugía, urgencias, atención al grave y otros, implican generalmente una elevada carga asistencial, lo que se traduce en mayor número de procedimientos por parte de las enfermeras no profesionales lo cual pone en riesgo de forma consecuente su salud relacionado con el nivel de carga física, cuestión que se explica si se tiene en cuenta el tipo de paciente ingresado y los tipos de procedimientos que ellos acarrearán, ejemplo: encamadas, graves y casos sociales (Langer, 1999, Pérez, 2005).

Recomendaciones

En relación a la información que se acaba de presentar y considerando que la totalidad de personas incluidas en el estudio tenían una disposición a recibir capacitación, puede recomendarse.

- Realizar una GUÍA DE CONOCIMIENTO BÁSICO SOBRE LOS CUIDADOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ESENCIAL dirigida al personal de enfermería no profesional que labora en esta institución.
- Diseño de una investigación para identificar el tipo e intensidad del estrés entre el personal de enfermería trabajando en el hospital.
- Realizar un estudio para establecer los factores de riesgo laboral del personal de salud que se encuentra realizando sus actividades en el hospital “Enrique C. Sotomayor”
- Realizar un estudio para identificar el tipo e intensidad de enfermedades psiquiátricas entre el personal de salud que trabaja en esta institución
- Publicar los resultados del estudio

BIBLIOGRAFÍA

1. Gastañaga M. (2012) Salud ocupacional: historia y retos del futuro. Rev Perú Med Exp Salud Publica;29(2):177-78
2. Organización Internacional del Trabajo 2007. Global Estimates of Fatalities Caused by Work
3. Galíndez Luis, Rodríguez Yuraima. (2013) Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud. Salud de los Trabajadores [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado Jul 05]; 15(2): 67-69. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382007000200001&lng=es.
4. OIT. (1987) Introducción a las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Ginebra
5. Neffa J, Escobar N, Vera V. (1997) Riesgos del Medio ambiente Físico de Trabajo. Asoc. Trabajo y Sociedad. PIETTE. CONICET. Argentina
6. Breilh J . (1995) Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Centro de estudios y asesoría en salud (CEAS) Quito. Ecuador.
7. De León C. (1988) Condiciones de Trabajo en los Hospitales .Guía descriptiva de los principales riesgos. Documentos Técnicos. 47/88. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España.
8. Bonantini C, Kohen J, Tosi A, Valles I, et al (1995) .Análisis cualicuantitativo de los accidentes de trabajo. Epidemiología, determinantes y prevención. Centro Interdisciplinario de estudios e investigaciones laborales (CIDEIL). Universidad Nacional de Rosario .3º Encuentro de Salud Colectiva del Cono Sur Montevideo..
9. Organización Panamericana de la Salud (2000). Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe .Organización Panamericana de la Salud. Marzo de
10. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2002) Estrés. Factores Estresantes en el Ámbito Laboral. 4º Simposio de la Organización Internacional del Trabajo. Ginebra [online]. [Consulta: 2013, Julio 3].

Disponible:

<http://www.educaweb.com/esp7servicios/monográficos/estrés/opinion6/>.

11. Díaz Alonso G. (1995) Abuso de drogas y alcohol por los médicos (comentario). *Rev Cubana Med Gen Integr* ; 11(3):300-4.
12. Abellaneda Abellaneda A. (1992) Tabaquismo: efectos, prevención en el mundo laboral. *Programas antitabaco y técnicas de cesación. Med Segur Trab*;39(158):17-28
13. Ulacia Alfonso N. (1981) .Efectos de la guardia médica sobre la excreción de catecolaminas en especialistas y residentes de medicina interna. C. Habana. IMT.
14. Reyes García ME.(1983) El estrés de la guardia médica. C. Habana. IMT.
15. Andersen O. (1988) Occupational mortality in the Nordic Countries (1971-1980). *Statistical Reports of Nordic. Countries 49. Copenhagen: Nordic Statistical Secretariat*.;17-22.
16. Hammar N, Alfredsson LM, Ahlbom A. (1992) Differences in the incidence of myocardial infarction among occupational groups. *Scand J Work Envirom Health*;18:178-85.
17. Hein HO, Suadican P, Gyntelberg F. (1992) ;Ischaemic heart diseases incidence by social class and form of smoking. *The Copenhage Male Study- 17 years'follow-up. J Intern Med* 231:477-83.
18. Moller L, Kristensen TS. Hollnagel H. (1991) Social class and cardiovascular risk factors in Danish men. *Scand J Soc Med*:19:116-26.
19. Sifuentes A, Sosa E, Pérez A, Parra F, (2011). Riesgo cardiovascular del personal de enfermería en el área quirúrgica. *Enf Global*; 21
20. Estry-Behar M, Kaminski M, Peigne E, et al. (1991) "Strenuous working conditions and musculo-skeletal disorders among female hospital workers". *International archives occupational environmental health*, (62): 47-57.
21. Messing, K. Seifert, A. y González, R. (1997). "Haciendo visible lo invisible" *Cuadernos Mujer Salud / 2. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe*, p. 15 – 27
22. Acevedo D. (1995). "La investigación de los problemas de salud de la mujer trabajadora". *Salud de los trabajadores*, 3: 27 - 33.

23. Chronic Disease Epidemiology and Control (1993). American Public Health Association. Washington D.C..
24. Clínicas Colombianas de Cardiología, (1998) I Consenso Nacional para el Diagnóstico y Manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica. Villa de Leyva, 17 y 18 de Abril de.
25. Clínicas Colombianas de Cardiología. (1998) I Consenso Nacional para el diagnóstico y manejo de la HTA. Villa de Leyva, abril
26. Diet and Health. (1989) Implications for reducing chronic disease risk National Research council.. Washington, D.C. National Academy Press;
27. Gestal J. (1993) Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. 2ª ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill, 539 p.
28. Gomero R, LLap C. (2005) La historia médico - ocupacional como herramienta de diagnóstico. Rev Med Hered, jul./set., vol.16, no.3, p.199-201. ISSN 1018-130X
29. Guía para la Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (1998) Una propuesta para América Latina Fundación Interamericana del corazón,. Febrero.
30. Hipertensión arterial. (1978) Serie de Informes técnicos, No. 628, Ginebra, OMS,
31. Hipertensión en Quibdó Gonzalez, J. (1995) et al. Chocó, Colombia,
32. Implications of the INTERSALT study Hypertension Stamler, (1991) R, 17 (Suppl. 1),.
33. Implications of the INTERSALT study. (1991) Hypertensión Stamler R., 17 (Suppl. 1).
34. Informe de un comité de expertos de la OMS, (1999) Control de la hipertensión arterial. OMS. Serie de Informes técnicos, Ginebra.
35. Karasek RA, Theorell T. (1990) Health, work, stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York Basic Books, : 92-100.
36. Karasek RA. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Admin Sci Quart; 24:285-308.
37. Kristensen T. Cardiovascular diseases and the work environment. En: Cheremisino FFPN, (1994) ed. Encyclopedia of environmental control technology. High- Hazard pollutant. Houston: Gulf Publishing, :217-43.

38. Kristensen TS. The "The Demand-Control-Support" (1995) model: methodological challenges for future research. *Stress Med*; (11):17-26.
39. Langer M. Afecciones de aparato locomotor. TI. España: Jims; (1999). p. 121.
40. Lineamientos para la prevención y control del tabaquismo OMS. (1996)
41. Neurological Disorders, (1992) *Textbook of Public Health and Preventive Medicine* Cowan, LD. Et al.. Nonwalk Conn: Apleton-Lange;.
42. Pérez S, Corveas B. (2005) Causas de invalidantes alborales en el personal de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*; 21(3)
43. Pickering G. (1968) High blood pressure. Londres, Churchill,
44. Related Diseases and Occupational Accidents, (2002). http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidis/globest_2002/dis_world.htm
45. Rodríguez C. (2006) Nivel de conocimientos de los factores de riesgo de enfermedades ocupacionales en profesionales de enfermería de emergencia. Hospital Militar Central. *Rev De Ciencias de la Salud*.;1(1)
46. Sociedad Colombiana de Cardiología, (1998) Clínicas Colombianas de Cardiología, I Consenso Nacional para el Diagnostico y Manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica, Villa de Leyva, Abril.
47. The prevalence (1989) of high blood cholesterol level among adults in the USA Sempos, et al. *JAMA*. 262: 45-52
48. The primary prevention (1994) of hypertension Cardiovascular risk factors Pearce KA, Furberg CD.,4, 147-153..
49. Tuchsén F. (1993) Working hours and ischaemic heart disease in Danish men: a 4-years cohort study of hospitalization. *Int J Epidemiol*;22:215-21

ANEXOS



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CONCURRENTE 1962-2012

Teléfonos:
2200906 2200286
Ext. 1817 - 1818

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 12 abril de 2013

Lcda.
Rosario Acosta
Docente
Carrera de enfermería
Ciudad.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada como tutor de trabajo de graduación de la estudiante **TOMALA MANOBANDA GISELLA JACINTA** con el tema de "ANÁLISIS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DESDE OCTUBRE 2011 HASTA ABRIL DEL 2012".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. *Angela Mendoza Vences*
Directora (e)

Rosario Acosta



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAUL

Guayaquil, 5 de Agosto del 2013

Licenciada
Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Presente,

De mis consideraciones:

En calidad de tutora de tesis del trabajo titulado "ANÁLISIS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DESDE OCTUBRE DEL 2011 HASTA ABRIL DEL 2012" Realizado por la Sra. Gisella Jacinta Tómalá Manobanda.

APROBADO

Después de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero APROBADO.

Atentamente;

Lcda. Rosario Acosta
Tutora de Tesis



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Guayaquil de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERIA

Guayaquil, 14 de mayo de 2012

Lda.
Lorena Gaona
Docente
Carrera de enfermería
Ciudad:

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada como lectora de trabajo de graduación de la estudiante **Tomalá Manobanda Gisella Jacinta** con el tema de "Análisis de la hipertensión arterial del personal de enfermería no profesional del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima

Atentamente,

Teléfono:
2700906 2700385
Ext. 1817 - 1818
Guayaquil-Ecuador

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lda. **Nora Carrera Rojas**
Directora

Docente
CUE NCR
Lorena Gaona
28/Mayo/2012



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAUL

Guayaquil, 5 de Agosto del 2013

Mgs.
Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Ciudad,

De mis consideraciones:

En calidad de Primera Lectora del trabajo titulado: "ANÁLISIS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO "ENRIQUE C SOTOMAYOR" DESDE OCTUBRE DEL 2011 HASTA ABRIL 2012"; elaborado por: GISELLA JACINTA TOMALA MANOBANDA.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero aprobado.

Atentamente;


Lcda. Lorena Gaona
Primera lectora
De la UCSG



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No QCR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-411-2013

Guayaquil, 02 de agosto del 2013

**LICENCIADA
ELIZABETH MITE
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Católica Santiago de Guayaquil**

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como Segunda Lectora del trabajo de titulación de la Sra. Gisella Jacinta Tomala MANobanda, con el tema **"ANÁLISIS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DESDE OCTUBRE 2011 HASTA ABRIL DEL 2012"**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Ángela Mendoza Vences
Directora (e)

**Lcda. Ángela Mendoza
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERIA**

AM/Pamela

Handwritten note:
Hced: 15/8/20
6-VIII-13
Lcda. Mite



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAUL

Guayaquil, 7 de Agosto del 2013

Licenciada Mgs.
Ángela Mendoza Vinos
Directora de la Carrera de Enfermería
Presente,

De mis consideraciones:

En calidad de tutora de tesis del trabajo titulado "ANÁLISIS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DESDE OCTUBRE DEL 2011 HASTA ABRIL DEL 2012" Realizado por la Sra. Gisella Jacinta Tórnala Manobanda.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final esto considero APROBADO.

Atentamente:

Lda. Elizabeth Mira, Mgs.
Segunda Lectora
Universidad UCSG

Guayaquil, 07 de Marzo 2012

RECIBIDO

07 MAR 2012
Hospital Enrique C. Sotomayor

Dr.
LUIS HIDALGO G.
Director Técnico
Ciudad.

De mis Consideraciones:

Yo, GISELLA JACINTA TOMALA MANOBANDA, Auxiliar de Enfermería del Banco de sangre de este Hospital, solicito a usted su autorización para poder revisar la Estadísticas de las Historias Clínicas, en el Dispensario Anexo del IESS, previo a la obtención del título de Leda, en Enfermería.
TEMA: ANALISIS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA NO PROFESIONAL DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. A Partir del mes de Octubre del 2011 hasta Abril del 2012.

Por la atención a la presente le reitero mis consideraciones.

[Handwritten signature]
HOSPITAL GINECO OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR
DR. LUIS HIDALGO G. SOTOMAYOR
DIRECTOR TÉCNICO

Atentamente,

[Handwritten signature]
Sra. GISELLA TOMALA M
C.I. 0910302264
Auxiliar de Enfermería
Banco de Sangre.

C/c Enfermería, archivo



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL NO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

Objetivo: Obtener información acerca de la caracterización de la población del personal de Enfermería no profesional, con hipertensión arterial laboral.

Instrucciones:

Responsable: Gisella Tomalá

1. ¿Qué edad tiene?

2. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

Primaria

Secundaria

3. ¿Lugar de diagnóstico de su Hipertensión Arterial?

Controles Médicos

Privados

Dispensario del IESS

Ficha medica

4. ¿ Antecedentes familiares en relación a la hipertensión arterial?

Si

No

5. ¿Hábitos de fumar y beber licor?

Si

No

6. ¿Personal de Enfermería no profesional que come en casa?

Si

No

7. ¿Consumes comida chatarra o saturadas en grasas?

Si No

8. ¿Tipos de comida chatarra consumes?

Carbohidratos Frituras Gaseosas

9. ¿Actividad física o ejercicios del personal de Enfermería no profesional?

Si No

10. ¿Capacitación o información de cómo se desarrolla la hipertensión arterial que tiene el personal no profesional de enfermería?

Si No

11. ¿Deseo de recibir capacitación conocimientos acerca de la Hipertensión Arterial?

Si No

12. ¿La alimentación que recibe dentro de la institución es apropiada para su salud?

Si No

13. ¿Cambio de turno y de área le ocasiona estrés continuo?

Si No

Gracias por la colaboración prestada.



**UNIVERSIDAD CATOLICA
 DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAUL**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS Y OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES	MESES																							
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2		
SELECCIÓN DEL TEMA																								
DESARROLLO DEL TEMA	→																							
CORRECCION DE ANTEPROYECTO				→																				
DESIGNACION DE TUTOR					→																			
ENTREVISTA CON EL TUTOR ASIGNADO						→																		
ELAVORACION DEL MARCO TEORICO CON TUTOR								→																
CORRECCION DEL MARCO TEORICO CON TUTOR										→														
FORMULACION DE PREGUNTAS PARA LA ENCUESTA CON TUTOR													→											
REALIZACION DE ENCUESTA EN EL LUGAR DE ESTUDIO Y TABULACION														→										
ELABORACION DEL BORRADOR DE TESIS CON TUTOR															→									
ENTREVISTA FINAL CON EL TUTOR DE TESIS Y APROBACION																→								
PRESENTACION DEL PRIMER BORARDOR EN LA UNIVERSIDAD																	→							
ASIGNACION DEL PRIMER Y SEGUNDO LECTOR																		→						
APROBACION DE TESIS																			→					
SUSTENCION DEL TEMA DE TEIS																							→	

AUTORA: GISELLA TOMALA M.

TUTORA: LCDA. ROSARIO ACOSTA. MSC.



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAUL
PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO FINAL
IMPRESIONES B/N	500	0.20	100.00
IMPRESIONES COLOR	100	0.30	30.00
COPIAS B/N	150	0.05	7.50
INTERNET 2 H. X DIA	240	0.50	120.00
ANILLADO	10	2.00	20.00
TOTAL			277.50