



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS DE DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018”.

AUTOR:

Md. Mendoza Franco Moisés David

Trabajo de Investigación Previo a la Obtención del Título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTOR:

DR. LADRÓN DE GUEVARA GAINZA CARLOS ALBERTO.

GUAYAQUIL-ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Md. Moisés David Mendoza Franco*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

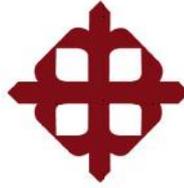
Guayaquil, a los 17 del mes de diciembre año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

DR. CARLOS ALBERTO LADRÓN DE GUEVARA GAINZA.

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Msc. Xavier Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Moisés David Mendoza Franco.

DECLARO QUE:

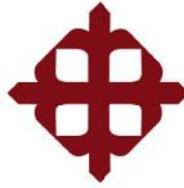
El Trabajo de investigación *“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.”* Previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

MD. MOISÉS DAVID MENDOZA FRANCO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Moisés David Mendoza Franco.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.”* Cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Md. Moisés David Mendoza Franco

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS MOISES DAVID MENDOZA FRANCO.doc (D45647623)
Submitted: 12/12/2018 10:14:00 PM
Submitted By: kennychong_30@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005
http://www.fnr.gub.uy/dia_mundial_HTA
<https://www.seh-lilha.org/>
<https://www.clubensayos.com/Temas-Variados/Tesis-De-Hipertension-Arterial/848631.html>
<http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-quien-debe-tomar-presion-arterial-S1889183701717953>

Instances where selected sources appear:

7

1. Agradecimiento

Agradezco infinitamente a nuestro padre celestial por guiarme y estar a mi lado, por ser mi fortaleza y darme la existencia y sabiduría para poder cumplir con mi especialidad.

A mis padres, a mi esposa María Lara e hijos Alan, Jairo, Astrid, Joseph, que han estado a mi lado durante estos tres años de especialidad, sin ellos no lo hubiera podido salir adelante, como siempre han constituido pilares fundamentales en cada logro alcanzado.

A nuestros profesores por transmitir sus sabidurías y experiencias del médico de familia integral. Al Ministerio de Salud Pública y a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por darme la oportunidad de especializarme.

2. Dedicatoria

Agradezco a Dios por ser mi guía y mi protector durante los tres años de especialidad y a la vez por contribuir a la culminación de la tesis.

A mi familia en general que fue un factor protector para seguir adelante día tras día; a todos mis compañeros y tutores del posgrado, sin dejar atrás a mis pacientes que aportaron con su granito de arena para salir adelante en este proyecto.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: " DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS DE DOS CONSULTORIO DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE.AÑO 2018. "

ALUMNO: MOISES DAVID MENDOZA FRANCO

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				

NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Observaciones:

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

5. ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
5 ÍNDICE GENERAL.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
7 ÍNDICE DE ANEXO.....	XIII
8 RESUMEN.....	XIV
9 ABSTRACT.....	XV
10 INTRODUCCIÓN.....	2
11 EL PROBLEMA.....	7
11.1 DEFINICIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	7
11.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
12 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	8
12.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
12.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
13 MARCO TEÓRICO.....	9
13.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
13.2 FACTORES PREDISPONENTES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	14
13.3 DIAGNOSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	25
13.4 TRATAMIENTO.....	28
13.5 ESTRATEGIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	38
13.6 BASES LEGALES.....	39
14. MÉTODO.....	42
14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	42
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
14.2.1. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	42
14.2.2 PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	42
14.2.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	44
14.2.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE ESTUDIO.....	45
14.3 VARIABLES.....	46
14.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.....	46
15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
16 CONCLUSIÓN.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

6. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL GRUPO DE EDADES, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	50
TABLA N° 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL SEXO, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	51
TABLA N° 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	51
TABLA N° 4 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL NIVEL DE OCUPACIÓN, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	52
TABLA N° 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	52
TABLA N° 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONOCIMIENTOS DE LOS HÁBITOS TÓXICOS COMO FACTOR DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE.AÑO2018.....	53
TABLA N° 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONOCIMIENTOS DEL SEDENTARISMO COMO FACTOR DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	54
TABLA N° 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIETA INADECUADA COMO FACTOR DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	54
TABLA N° 9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONOCIMIENTOS DE GRUPOS ÉTNICOS COMO FACTOR DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTEIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	55
TABLA N° 10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	55
TABLA N° 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONOCIMIENTOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....	56
TABLA N° 12 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO2018.....	57
TABLA N° 13 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL DEL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE	

SALUD	ENRIQUE	PONCE	LUQUE	AÑO
2018.....				57
TABLA N° 14 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LAS CIFRAS TENSIONALES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....				
				58
TABLA N° 15 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....				
				58
TABLA N° 16 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018.....				
				60

7. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	73
ANEXO 2 CUESTIONARIO	74
ANEXO 3 PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	79

8. Resumen

Antecedentes: La hipertensión arterial debe ser considerada como un problema de salud prioritario a nivel mundial, la prevención es la medida más importante y menos costosa; su tratamiento se basa en actuar en los factores influyentes y disminuir la morbilidad y mortalidad. **Materiales y Métodos:** El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal con el objetivo de diseñar una estrategia educativa para identificar el conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión en una población de 107 pacientes de dos consultorios médicos del centro de salud Enrique Ponce Luque. **Resultados:** El grupo de edad que predominó fue de 55 a 64 años (48.5%), el sexo femenino 64 (59.8%), escolaridad bachiller (36.5%), ocupación ama de casa (29.9%), los casados (44.9%). Sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial se desconoce en un (71.1%), desconocimiento sobre el hábito de fumar y consumo de alcohol (64.5%), desconocimiento sobre el sedentarismo (63.5%), desconocimiento sobre la dieta inadecuada (60.8%), desconocimiento sobre el grupo étnico (66.3%), conocimiento sobre los antecedentes patológicos familiares (57.1%), desconocimiento como enfermedad crónica no transmisible (64.5%), desconocimiento sobre su sintomatología (76.7%), desconocimiento sobre su diagnóstico (55.1%), desconocimiento sobre sus cifras tensionales (58.9%). Los componentes de la estrategia recibieron la información mediante charlas (71.0%), cada 15 días (85.1%), una hora (55.1%), 11 a 20 personas (57.9%), por las mañanas (72.9%). **Conclusiones:** Existe un desconocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos lo que hace pertinente la elaboración de la estrategia educativa.

Palabras Clave: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, FACTOR DE RIESGO, ESTRATEGIA EDUCATIVA.

9. Abstract

Background: High blood pressure should be considered as a priority health problem worldwide, prevention is the most important and least expensive measure; Its treatment is based on acting on the influential factors and decreasing morbidity and mortality. **Materials and Methods:** The study was of observational, descriptive, retrospective and cross-sectional type with the objective of designing an educational strategy to identify the knowledge about the risk factors of hypertension in a population of 107 patients from two medical offices of the center. health Enrique Ponce Luque. **Results:** The predominant age group was 55 to 64 years old (48.5%), female sex 64 (59.8%), high school education (36.5%), housewife occupation (29.9%), married (44.9%) . About the risk factors of hypertension is unknown in one (71.1%), ignorance about smoking and alcohol consumption (64.5%), ignorance about sedentary lifestyle (63.5%), ignorance about inadequate diet (60.8%) , knowledge about the ethnic group (66.3%), knowledge about the familiar pathological background (57.1%), lack of knowledge as a noncommunicable chronic disease (64.5%), lack of knowledge about their symptoms (76.7%), lack of knowledge about their diagnosis (55.1%) , ignorance about their blood pressure figures (58.9%). The components of the strategy received the information through talks (71.0%), every 15 days (85.1%), one hour (55.1%), 11 to 20 people (57.9%), in the mornings (72.9%). **Conclusions:** There is a lack of knowledge about the risk factors of hypertension in adult hypertensive patients, which makes the elaboration of the educational strategy pertinent.

Keywords: BLOOD HYPERTENSION, PRIMARY HEALTH CARE, FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE, RISK FACTOR, EDUCATIONAL STRATEGY.

10. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial se ha consolidado, a lo largo del tiempo, como una de las enfermedades más constantes en cuanto a parámetros de salud negativos, originando así un incremento cada vez mayor de la demanda de los servicios de salud de cualquier país.

Se entiende por hipertensión arterial la elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica por encima de 140 mmHg; diastólica por encima de 90 mmHg; o ambas, en 3 ó más ocasiones y en presencia de las condiciones adecuadas para su correcta lectura, en un período de 7 días, en los mayores de 18 años de edad; es la manifestación clínica de un proceso fisiopatológico complejo que predispone a todas las manifestaciones de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la enfermedad coronaria, ictus, insuficiencia cardíaca y la enfermedad arterial periférica.

La elevación de las cifras de presión arterial por encima de los valores normales es uno de los problemas de salud más frecuentemente observados en el mundo, además; la hipertensión arterial (HTA) es uno de los cuatro factores de riesgo mayores modificables que supera en prevalencia a las enfermedades transmisibles, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, y ocupa la primera causa de morbilidad a nivel mundial.

Los factores de riesgo para la hipertensión arterial son condiciones endógenas o ligadas al estilo de vida que aumentan la posibilidad de padecer y morir por enfermedad vascular cerebral en los individuos o en comparación con el resto de la población (1). La modificación de estilos de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular.

Las costumbres de vida no saludables como: la ingesta alta en sal, consumo de más de cinco comidas al día; ingesta de alcohol, tabaco, presencia de estrés psicoemocional y niveles bajos de actividad física son factores que constituyen el mayor riesgo para desarrollar esta enfermedad, reduciendo la expectativa de vida en la población (2).

La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

La prevalencia global de hipertensión arterial se consideró en 1.13 mil millones en 2015 y más de 150 millones en Europa central y oriental. En adultos es de aproximadamente 30 a 45%, con una prevalencia global estandarizada por edad de 24 y 20% en hombres y mujeres, respectivamente, en el 2015.

La hipertensión se hace cada vez más común con la edad avanzada, con una prevalencia mayor del 60% en más de 60 años. A medida que las poblaciones envejecen, acogen estilos de vida más sedentarios y aumentan su peso corporal, su prevalencia de hipertensión en todo el mundo continuará aumentando. Se estima que el número de personas con hipertensión aumentará en un 15-20% para 2025, llegando a cerca de 1.500 millones (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las enfermedades cardiovasculares, dentro de ellas la HTA, deben ser consideradas prioritarias por sus enormes repercusiones sociales y económicas. Cuando los pacientes buscan atención médica por HTA o son detectados por un equipo de salud en los centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blancos a consecuencia de un manejo y seguimiento inadecuados.

Afecta a más de uno de cada tres adultos de 25 o más años de edad. La OMS indica que en los países desarrollados es del 50% y se espera que sea menor en países en desarrollo, debido a la escasez de capitales y a las iniquidades en el acceso a la atención en salud (4,5,6,7).

Según datos estadísticos, cerca de 26,4 % de las personas padecían de hipertensión arterial en 2002 y se espera que para 2025 se incremente a 29,2 %. Por otra parte, se plantea que alrededor de 15 % de la población mundial ha sido diagnosticada como hipertensa y 30 % no lo está aún o se considera inconclusa (4,5,6,7).

De tal manera la Organización Mundial de la Salud manifiesta que las políticas de salud pública deben abordar la hipertensión arterial porque es un factor importante de

la carga de morbilidad. Las intervenciones deben ser asequibles, sostenibles y eficaces. Los programas que abordan el riesgo cardiovascular general deben formar parte integral de la estrategia nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estos programas promueven acciones en la esfera de la atención primaria dirigidas a todo el espectro de determinantes sociales de la salud; equilibran la prevención y la promoción de la salud con las intervenciones curativas, y ponen el énfasis en el primer nivel de la atención con mecanismos de coordinación apropiados (8).

En la medida que la población envejece la prevalencia de hipertensión arterial se incrementa, a menos que se implementen medidas preventivas eficaces y de amplio alcance. Datos recientes provenientes del estudio de Framingham sugieren que el 90% de los individuos que tienen la presión arterial normal a los 55 años desarrollarán hipertensión en algún momento en el curso de su vida. (9)

En Latinoamérica 31 de 35 países tienen las enfermedades cardiovasculares como primera fuente de muerte, principalmente en hombres en su mayoría entre el 20 y 30% en muchos países la información sobre la prevalencia de la hipertensión es alrededor del 28%, muy por debajo de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Cuba. Se señalan un bajo nivel socioeconómico y educacional, los procesos de aculturación y factores étnicos, además; un bajo nivel educacional aporta a que no se reconozca esta enfermedad y no se le trate apropiadamente (5,6).

En el Ecuador la hipertensión arterial en el año 2014 se reportó como la primera causa de muerte de la población adulta logrando ocupar el cuarto lugar de un total de 3572 muertes (6). De cada 100.000 personas, 1373 tienen problemas hipertensivos (7).

Según informe del MSP, indicó cifras de 151,821 para hipertensión arterial de casos notificados, lo que establece una tasa de 488 por 100,000 habitantes, mostrando un incremento muy grande considerando años anteriores. Las Provincias con la mayor tasa de incidencia de Hipertensión fueron: Manabí, Cañar, los Ríos y Azuay, donde esta se ubica entre las 10 primeras causas de mortalidad en el 2008 (10). Es importante conocer que el mejor remedio ante ésta patología es el apoyo incondicional que le ofrece el cónyuge, los hijos, y allegados.

El Ministerio de Salud afirma que en los últimos años se han producido importantes cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad de nuestro país. La tasa de mortalidad a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles está superando a la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles; constituyéndose como causa principal de muerte y morbilidad en la población adulta (7).

La tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas en el 2011 a nivel de la provincia de los Ríos se estimó alrededor de 47, 45% (11).

En la provincia de los Ríos- Babahoyo, en el centro de salud Enrique Ponce Luque, en todo si EAIS existen alrededor de 3170 con hipertensión arterial de un total de población de 38.837 pacientes.

La población del centro de salud Enrique Ponce Luque de Barrio Lindo es de bajo nivel escolar, con malos hábitos alimentarios, y condiciones higiénico sanitarias desfavorables, se ha visto en la práctica diaria que la hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia, por lo que existe un conocimiento muy bajo acerca de la enfermedad en relación con los factores de riesgos, estilo de vida, dieta, complicaciones, sintomatología, y tratamiento.

Entre los problemas de salud que enfrenta el médico de familia en su práctica diaria se encuentra la alta prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, se hace necesario buscar estrategias, mecanismos y enfoques que permitan analizar la realidad y actuar de forma eficaz.

Se efectuó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo, en donde la población de estudio estuvo conformada por 107 pacientes hipertensos de 20 años y más, pertenecientes a dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, año 2018; para la obtención de los datos se aplicó una encuesta donde valoraron las variables incluidas en un cuestionario, además; determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial e identificar los componentes de la estrategia de intervención, respetando todos los principios éticos constituidos.

La investigación final se estructuró en capítulos que contienen: Resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco

teórico, metodología, análisis y discusión de los resultados, conclusiones y referencias bibliográficas.

11.EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial (HTA), debe ser considerada como un problema de salud prioritario en las Américas, con enormes repercusiones sociales y económicas. Esto es aún más evidente si se considera el hecho de que un número apreciable de pacientes, cuando buscan atención médica por HTA o son detectados por el equipo de salud en centros de salud, ya presentan complicaciones y daños de órganos diana, lo que se explica, en parte, por la ausencia de sintomatología en sus fases iniciales, por lo que se debe de tener en cuenta la magnitud y las consecuencias derivadas de esta enfermedad (12).

En el año 2015 a nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Se considera que ese problema fue la causa directa de 7,5 millones de defunciones, lo que representa casi el 13% de la mortalidad mundial. Se estima que el número de personas con hipertensión aumentará en un 15-20% para 2025, llegando a cerca de 1.500 millones (3, 13).

11.2 Formulación

¿Cuáles elementos formarían parte en el diseño de una estrategia educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, año 2018?

12.OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Diseñar una estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque, año 2018.

12.2 Específicos

Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.

Identificar el conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial en la población de estudio.

Identificar los componentes de una estrategia educativa sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos.

Elaborar una estrategia educativa sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial en la población de estudio.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Antecedentes de la investigación

En el origen de la hipertensión arterial están implicados factores genéticos y ambientales que por distintas vías alteran el equilibrio de las sustancias reguladoras del tono vascular, como consecuencia de ello se altera la regulación del tono con predominio de la vasoconstricción sobre la vasodilatación, lo que se traduce en un aumento de la resistencia vascular periférica.

Como ocurre con cualquier rama de la Medicina, su progresión se debe a la posibilidad de tener un aparato capaz de medir la disciplina de que se trate. Esto no podía ser menos en la hipertensión arterial, y durante muchos años se estuvo buscando un aparato capaz de medirla y que fuese posible utilizarlo en la práctica médica.

El primer científico que cuantificó la presión arterial fue el reverendo Stephen Hales, un clérigo anglicano que vivió en Inglaterra desde 1677 a 1761. Este autor tomó la presión arterial en la arteria femoral de un caballo en la que insertó un tubo de cobre y lo conectó a un tubo de vidrio vertical y dio la lectura en pies de agua. Esta fue la primera vez que se estudió la presión intraarterial, y la lectura fue de ocho pies. El fisiólogo francés Jules Marey, que vivió en la última parte del siglo XIX, inventó el esfigmógrafo para poder medir el pulso radial de forma no invasiva a través de la piel grabándolo en un papel ahumado.

El Dr. Von Basch (1837-1905) obtuvo gran éxito utilizando una cubeta llena de líquido que conectaba a un manómetro. La cubeta tenía que estar exactamente contra la cabeza del radio para obtener medidas reproducibles. Este aparato era tan complicado, con resultados no muy exactos, que no tuvo una aceptación en la clínica.

Pero sin duda alguna el que descubrió y publicó el aparato que con pequeñas variaciones se utiliza todavía hoy día en la clínica fue el Dr. Riva-Rocci, que nació en Almese (Turín) en 1863 y murió en 1937, habiendo sido profesor de Medicina en las Universidades de Turín y Pavia, y posteriormente ejerció en el Hospital de Varese. La transmisión de la presión se hacía por aire, al revés del de Von Basch, que

era por agua. Las lecturas se hacían en mmHg. Riva-Rocci sólo midió la presión arterial sistólica, y no fue hasta nueve años después cuando el Dr. Korotkoff (1874-1920), un cirujano del Ejército ruso, el cual, durante la guerra ruso-japonesa y utilizando el aparato de Riva-Rocci en soldados heridos, pudo comprobar por auscultación unos ruidos, que describió desde la fase I a la V en que desaparecían, y era la presión diastólica.

Esta clasificación de los ruidos auscultatorios durante la toma de la presión arterial se mantiene hoy en día. A finales de los años sesenta, el Dr. Pickering, en Oxford, desarrolló un método invasivo, pudiendo medir los cambios día/noche y los aumentos bruscos de la presión arterial. A finales de los años setenta se introdujo el método no invasivo automático llamado Pressurometer II, fabricado por Del Mar Avionics, de California.

Otras muchas industrias fabricaron este tipo de aparatos, siendo los más aceptados hoy en día los spacelabs 90202 y 90207 (2). Una vez establecida la metodología para medir la presión arterial, aparecieron una serie de investigadores que estudiaron los mecanismos de producción y su relación con otras patologías. Robert Tigerstedt (1853-1925), fisiólogo sueco, descubrió la existencia de un factor presor de acción prolongada en el riñón que no fue comprobado por otros autores de aquella época porque no se sabía entonces que la renina era insoluble en alcohol. Goldblatt, en 1934, fue capaz de producir hipertensión en perros cuando se obstruía parcialmente una arteria renal, y esta hipertensión desaparecía al corregir la estenosis, apuntando al riñón como causa de esta subida tensional (1). Page y Braun Menéndez sintetizaron la sustancia capaz de producir hipertensión de origen renal y la llamaron angiotensina. El sistema renina-angiotensina fue investigado a fondo codificando sus genes, así como también los del enzima de conversión.

Se hicieron asimismo estudios sobre el papel del sistema nervioso central y periférico en el control de la presión arterial, y a partir de los años ochenta aparecen los trabajos sobre el endotelio, en los que se pudo demostrar que era una parte de la pared vascular capaz de producir sustancias vasodilatadoras, como el óxido nítrico, y sustancias vasoconstrictoras, como la endotelina. El péptido natriurético atrial también fue descubierto, señalando su papel en la regulación del sodio por el riñón. Nuevos trabajos han sido publicados en la literatura relativos al mejor conocimiento

de la fisiopatología de la hipertensión arterial, como los factores de crecimiento involucrados en la hipertrofia del ventrículo izquierdo o el remodelado vascular, el efecto vasodilatador de las prostaglandinas y su papel facilitador de hipertensión arterial al ser inhibidos con antiinflamatorios, los mecanismos hipertensivos del calcio intracelular, el papel de la genética en el origen de la hipertensión, etc. En Estados Unidos se creó, en el año 1972, un programa educacional sobre hipertensión arterial coordinado por el Instituto Nacional sobre el Corazón, Pulmón y Sangre, que pertenecía al Instituto Nacional de la Salud. Estas asociaciones patrocinaron la Encuesta sobre el Examen Nacional de la Salud y Nutrición en EE.UU. (NHANES), la cual dio importante información sobre el estado de la población norteamericana (4).

En España se empezó a dar alguna importancia a la hipertensión a finales de los años sesenta, pero no fue hasta 1975 cuando se materializó una asociación llamada Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, que contó con un número muy reducido de socios al principio, pero que luego alcanzó gran difusión. Los objetivos marcados de la Liga fueron hacer divulgación a la población general, mediante escritos en periódicos, emisiones radiofónicas y de televisión, sobre la importancia de tomarse la presión arterial por lo menos una vez al año. Estas campañas tuvieron gran éxito y cada vez más enfermos solicitaban comprobar los niveles de su presión arterial (5). También se hicieron reuniones científicas y se publicó la revista “Hipertensión”, que pretendía reunir los trabajos científicos más relevantes de los médicos españoles, así como la concesión de becas y bolsas de viajes para estancia en el extranjero.

A partir del año 1995, las dos sociedades se unen y hoy día se llama la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), la cual organiza reuniones científicas anuales y patrocina otras a nivel autonómico, destacando también la publicación, con el Ministerio de Sanidad y Consumo, de un libro sobre Control de la hipertensión arterial en España, 1996 (6).

La hipertensión arterial esencial es tan importante por dos razones fundamentales: la primera, porque afecta a un porcentaje muy elevado de la población general, y la segunda, porque produce complicaciones muy graves que llevan a la muerte de los

enfermos en muchas ocasiones. Se calcula que entre un 20-25% de la población adulta es hipertensa en los países industrializados.

En Estados Unidos, entre 40-50 millones de personas tienen la presión arterial elevada, llamando la atención que en el año 1976 el 53% de estos enfermos sabían que eran hipertensos, el 31% estaba en tratamiento y sólo un 10% tenía la presión arterial controlada. Después de campañas intensas de concienciación a la población general en el año 1991, el número de enfermos que se sabían hipertensos se incrementó a 73%, los tratados el 55% y los controlados el 29%, correspondiendo con una reducción importante de los accidentes cerebrovasculares y de las enfermedades cardíacas (7).

La hipertensión es una de las razones repentinas de la muerte en el mundo y sucede sin respeto a: raza, bienestar económico; están entre sus componentes de riesgo: edad, peso, alimentación y forma de vida inactiva. Es una dolencia sin fin que se describe por un aumento ininterrumpido de la corriente sanguínea del corazón, que se separa cuando se ajustan los divisores de las vías de suministro, añadiendo que el peso aumenta y entrega cambios en el paciente registrándose como hipertenso, más prominente o equivalente a 140/90 mmHg. El examen se completó en el centro de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-ESSALUD.

Los inquilinos fueron pacientes con un hallazgo de hipertensión de los vasos sanguíneos, un ejemplo de 130 pacientes de ambos sexos y vecinos en la ciudad de Lima fue explorado. Para reunir la información, se completó el procedimiento de revisión y como herramienta la encuesta con preguntas sobre el conocimiento de la hipertensión en los vasos sanguíneos en adultos. Se lograron los siguientes resultados: el mayor porcentaje 99% conocen los alimentos que debe de consumir diariamente, los signos y síntomas de la enfermedad, el 98 % conocen que deben hacer caminatas durante el día, el 94% conocen que debe de descansar durante el día y un porcentaje de 70% no tienen conocimiento de los daños ocasionados por la hipertensión y que aumentan a través del tiempo y el 28% ignora que la hipertensión arterial sube dependiendo la edad, sexo y obesidad. En cuanto a la práctica de autocuidado el 69% se controlan la presión arterial, el 77% desarrollan caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación adecuada considerando frutas y

verduras. La investigación se llevó a cabo entre el mes de enero y febrero del 2013 en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Por aquella época se puso en marcha la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, y gracias a ella principalmente, y después con la ayuda también de la Sociedad Española de Hipertensión, se hicieron unas campañas de difusión entre la población general y los médicos comentados previamente, cuyo resultado fue que en el año 1992 el panorama cambió totalmente y el número de personas que se sabían hipertensas se incrementó al 83%, el de tratados al 67% y el de controlados al 40%. Estos datos fueron obtenidos cuando las cifras de presión arterial normal eran iguales o inferiores a 160/95 mmHg, pero cuando el comunicado número V del Joint National Committee y la Sociedad Internacional de Hipertensión, Organización Mundial de la Salud, emitieron sus recomendaciones rebajando la cifra de presión arterial normal a 140/90 mmHg, el número de enfermos controlados se redujo al 16-20%, que es donde está en la actualidad.

La segunda razón por la que la hipertensión arterial es importante es porque sin tratar produce complicaciones muy graves que llevan al fallecimiento del enfermo. La mejor demostración de este hecho está publicada por el Dr. Perera en 1955 (10). Este autor siguió la evolución de 500 enfermos desde su diagnóstico de hipertensión hasta su muerte sin que recibieran ningún tipo de tratamiento, ni dietético ni farmacológico. Este seguimiento pudo ser hecho porque en los años previos a su publicación no se sabían los riesgos de la hipertensión arterial. Obviamente, un estudio como éste nunca podrá volver a ser realizado, ya que en el momento presente no tratar un enfermo hipertenso es éticamente inaceptable. Los resultados fueron que la insuficiencia cardíaca se presentó en el 50% de los enfermos, proteinuria en el 42%, angina pectoris 16% y accidentes cerebrovasculares en el 12%.

Pero quizá lo más llamativo es que la supervivencia media de los enfermos desde que se presentaban estas complicaciones estaba entre cuatro y seis años. Existen muchas publicaciones en la literatura en las que se demuestra que el pobre control de las cifras tensionales se acompaña de lesiones en los tres órganos diana: cerebro, corazón y riñones. Por el contrario, el buen control de la presión arterial reduce los accidentes cerebrovasculares y las lesiones coronarias, de acuerdo con los estudios de Mac Mahon (14). En el meta análisis de Collins, los accidentes cerebrovasculares

se redujeron en un 42% y la enfermedad coronaria en un 14% (15). Esta diferencia hay que atribuirla a la especial configuración de la arteria coronaria, sobre la que influyen más activamente otros factores de riesgo, como el colesterol, tabaco, estrés, etc. Sin embargo, sobre el otro órgano diana, el riñón, no sólo no se ha obtenido mejoría, sino que, por el contrario, aumentó significativamente el número de enfermos que entran en un programa de diálisis crónica, calculándose que el 27% en Estados Unidos y el 17% en Europa de la causa de insuficiencia renal terminal es la nefroangioesclerosis. Pero, además, la nefropatía diabética en los programas de diálisis se está incrementando de una forma notable, encontrándose en un 35% de todos los enfermos, y se calcula que por el año 2005 esté casi en el 50% en EE.UU.

13.2 Factores predisponentes para la hipertensión arterial.

Estos son factores de causa, que suelen presentar este mal. El objetivo de los efectos secundarios de las revisiones epidemiológicas aprobó la prueba reconocible de los componentes del peligro. La posibilidad de que un hombre crece la hipertensión se domina como un componente de peligro y la información de esta o estas variables de peligro son fundamentales para la anticipación, la administración y el control de la hipertensión. La presente auditoría se centra en los componentes de peligro convencionales, modificables y no modificables a los que se descubre al hombre una vez al día.

a. Factores No Modificables. Son aquellos que no pueden ser tratados o modificados, como:

Edad y sexo: Los montones de la edad del individuo y la recurrencia de la aparición de las personas hipertensas. Cuatro de cada cinco individuos muerden el polvo de enfermedades cardiovasculares más de 65 años.

El componente esencial por el cual la tensión circulatoria se amplió por edad es la pérdida de flexibilidad de los cursos, básicamente en los mayores de 50 años y más de 60 años (59%).

Se ha demostrado que la aterosclerosis es básica Se comienza a una edad temprana. Diferentes revisiones han demostrado la presencia de grasa preocupación en pacientes excepcionalmente jóvenes, y podría tomar 20-40 años para entregar una barricada adecuada para dar un ataque al corazón.

Cuanto más joven el paciente que está determinado a tener hipertensión, más notable la disminución en la vida si se deja sin tratamiento. Los chicos tienen un mayor peligro de sufrir de hipertensión que las mujeres, después de la menopausia el riesgo es equivalente en ambos sexos. (16)

Raza: Los contemplativos han demostrado que la raza oscura es el pozo en la manera de experimentar los efectos malos de esta enfermedad, sin embargo los cambios en día a día la vida y el no ajuste de las variables del peligro está ampliando la ocurrencia en diversas pertenencias étnicas.

Herencia: En la posibilidad de que tenemos un familiar que experimenta esta dolencia, hay cerca de una posibilidad del 25% de la acumulación de la enfermedad en cualquier momento de la vida. En el caso de que tanto la madre como el padre tienen hipertensión, usted tiene un 60% de tenerlo.

b. Factores Modificables. Son factores asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados. Estos factores se destacan:

Consumo de tabaco: La cepa circulatoria está relacionada con el tabaquismo, ya que este es un elemento de peligro cardiovascular que es el impacto fundamental de la vasoconstricción de la nicotina. El humo del tabaco sigue a los conductos por métodos para sus radicales libres, disminuyendo el óxido nítrico y dañando el endotelio, que promueve la vasoconstricción, el enrojecimiento endotelial y la aterosclerosis Creación de tensión expandida.

La nicotina aplica diferentes impactos farmacológicos que impulsan la expansión de la cepa circulatoria, la gran mayoría de los cuales se identifican con la incitación:

- Aumento de la frecuencia cardíaca, pulso, límite sistólico y rendimiento cardiovascular.
- Vasoconstricción cutánea y coronaria.
- Incremento de las fijaciones de adrenalina y noradrenalina.

Consumo de grasas: En las ciudades industrializadas donde los planes de control de peso son ricos en artículos con altas medidas de azúcares directos, grasa de criatura y sal en plenitud, mientras que pobres en alimentos crujientes crecidos desde el suelo. La devoración de grasas innecesarias, especialmente las grasas inmersas, aumenta los

niveles de colesterol en la sangre, las grasas sumergidas se encuentran en alimentos de las criaturas, por ejemplo, carne, drenaje entero, quesos y propagación, limitan la utilización de aderezos, carnes rojas, margarina, pollo y pescado a 6 onzas Cada día y aumentar la utilización de fibra dietética disminuye el colesterol.

Obesidad: Las revisiones epidemiológicas del peso y la hipertensión son más comunes en los negros y, además, en el nivel financiero más bajos. Por ejemplo, los cambios en el peso corporal anticipan cambios en el TA. Un desarrollo en peso más del 20% de peso impecable aumentó 8 veces la amenaza de hipertensión, hay también el inverso. Esto está en la asociación entre la diabetes y la hipertensión. Por lo tanto, existe una asociación epidemiológica entre TA, aguante a la insulina y absorción estricta (triglicéridos séricos aumentados y colesterol lipoproteico de bajo espesor y colesterol lipoproteico de alto espesor disminuido).

Los niveles elevados de lípidos en los niños y adolescentes se han asociado con aterosclerosis preclínica. Estudios prospectivos de cohorte han demostrado que los niveles de lipoproteínas no solo se manifiestan de la niñez a la adolescencia, sino que sus efectos adversos en edades tempranas de la vida pueden inducir cambios arteriales que contribuirán a la aterosclerosis del adulto.

Las dislipidemias son trastornos del metabolismo de las lipoproteínas que incluyen elevaciones del colesterol total (CT), lipoproteínas de baja densidad (LDL), triglicéridos, o déficit de lipoproteínas de alta densidad (HDL). Debido a que los niveles anormales de lípidos se asocian fuertemente al riesgo de enfermedad arterial coronaria, una identificación e intervención temprana pudieran prevenir que se presenten estos eventos en la adultez, por lo que los pediatras deben estar atentos desde temprano en la prevención de enfermedades cardiovasculares en estos pacientes.

La obesidad es un síndrome de etiopatogenia multifactorial caracterizado por un aumento del tejido graso. El estudio de Framingham demostró prospectivamente que por cada 10% de incremento del peso corporal, la tensión arterial aumenta 6,5 mmHg (4,5,6). El incremento en el riesgo para eventos cardiovasculares asociado con la hipertensión arterial (HTA) aumenta considerablemente cuando el paciente también presenta otros factores de riesgo como el tabaquismo, obesidad, las elevadas concentraciones séricas de lípidos y la diabetes, de modo que las mismas cifras de

tensión arterial en diferentes sujetos tendrán diferentes implicaciones dependiendo de la presencia de otros factores asociados. Es importante recordar esto al valorar el riesgo total para enfermedad cardiovascular de cada paciente y poder definir los umbrales de intervención en pacientes con hipertensión arterial.

Para estimar el grado de obesidad, tanto desde un punto de vista clínico como epidemiológico, se utiliza la antropometría como método fácil, económico y no invasivo. Mediciones corporales como el peso y los pliegues grasos, así como combinaciones de dimensiones corporales como el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura y el índice cintura/cadera (Ci/Ca), nos brindan información sobre la presencia de obesidad o no y el consecuente riesgo que ello implica (14). Estudios combinados de antropometría y tomografía axial computarizada han demostrado una fuerte asociación entre la circunferencia de la cintura y la grasa abdominal. Es por ello que el valor de esta circunferencia ha comenzado a utilizarse en sustitución del índice cintura/cadera al simplificar el pesquiasaje antropométrico de aquellos con riesgo cardiovascular.

Consumo de alcohol: La utilización de licores incrementa la tensión circulatoria. Los niveles de tensión circulatoria más sorprendentes se encuentran en individuos que devoraron al menos 6 unidades de licor por día (una unidad de licor es proporcional a 8-10 g de etanol, una gran porción de medio cuarto de cerveza, un vaso de vino o Un vaso de alcohol). La ingestión de más de 39 cc se considera como superior. Licor / día, que se reúne con 2 vasos de vino o 60 ml de whisky, ron, dos cervezas o agua ardiente.

Ingesta de sodio: La utilización de sal genera tensión circulatoria al identificarse con la edad. El sistema por el cual la disminución de la sal del régimen alimenticio causa la disminución de la hipertensión. No hay confirmación de que el contenido de sodio del cuerpo reemplace, este expandiendo en la hipertensión, asumiendo en cuenta que también, es marginalmente disminuido en la juventud hipertensos. En cualquier caso, en los pacientes hipertensos de edad superior, el sodio se identifica con la hipertensión, lo que apoya la probabilidad de que el sodio en el régimen alimenticio puede agregar a la expansión del pulso visto con la edad.

La disminución de la utilización de sal (a 4-6 g / día) actúa de forma correspondiente a la utilización de diuréticos. En Chile la utilización normal de sal es de alrededor de

12 gramos de sal / día, por lo que esta sugerencia podría ser positiva, si bien su mantenimiento a largo plazo es incompleta. Sustancias de sodio que debe mantenerse alejado de son: pan (una marraqueta contiene 1,6 g), cortes fríos, encurtidos y aceitunas, sopas o plazas 3D, conservas alimentarias (pescado, sardinas, etc.) y productos lácteos.

Debido a la formación sobre la acción contra-activa y el control de la hipertensión, estas actividades crearán conciencia abierta y además la cantidad de instructores sobre el tratamiento y su anticipación. Para ser eficaz es necesario inducir al individuo y es la educación de los elementos de peligro y cómo se pueden ajustar para evitar la hipertensión. Dentro de la evitación del experto en bienestar es destacar su intercesión en la correspondencia, el entrenamiento y la mejora de aptitudes que permiten cambios en las prácticas individuales y agregadas con el fin de contrarrestar las enfermedades cardiovasculares en una edad posterior.

Sedentarismo: La ociosidad física ocurre en un hombre que no crea la acción física o el ejercicio constante, preferiblemente vigoroso (paseando en bicicleta, nadar o caminar) menos de 3 veces cada semana de 30-45 minutos en término. Se ha prescrito que las personas estacionarias están en mayor peligro de crear hipertensión y de esta manera sugiere 15 minutos / día.

El ejercicio físico evita disrupciones cardiovasculares, modo de vida estacionario se ha encontrado en 69% - 71,3%. La práctica disminuye la tensión circulatoria y disminuye el peso corporal.

En pacientes con una masa corporal digno, la reducción de peso debe ser exhortada. Una reducción de incluido 5 kg puede disminuir la tensión circulatoria en personas con sobrepeso. Para lograr la reducción de peso que debe incorporar a calorías bajas calorías contar con la acción física normal. (17).

La acción que consume oxígeno (por ejemplo, pasear 30-45 minutos a un ritmo rápido no menos de 3 veces por semana) disminuye el pulso y el peligro de hipertensión. El ejercicio isométrico (pesas) no debe ser solicitado a la luz del hecho de que puede expandir el pulso. Cada actividad debe comenzar gradualmente (tanto en tiempo como en potencia). Una evaluación restaurativa vigilante y una prueba de esfuerzo inevitable antes de iniciar un programa de actividad son fundamentales en pacientes con irregularidades cardiovasculares.

Factores de riesgo Hereditarios: Son aquellos que influyen en el equilibrio y armonía genética pueden causas disposición genética hacia una enfermedad. Comúnmente no es controlable por el ser humano (18), Historia familiar: Se heredan los genes, pero también los hábitos de vida (consumo de sal, sedentarismo, etc). El riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón. Su riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un ataque al corazón (19).

Factores hereditarios de los padres y abuelos (genéticos) Existen varios indicios que apuntan a que los factores hereditarios (genéticos) desempeñan un papel entre las causas desencadenantes de la hipertensión arterial. En los niños el riesgo de desarrollar hipertensión es entre dos y tres veces más elevado cuando uno, o ambos progenitores, padecen hipertensión arterial. Los estudios con gemelos también permiten inferir que la aparición de la hipertensión arterial tiene un componente hereditario.

Los estudios poblacionales demostraron que en familias con HTA primaria la incidencia de la enfermedad es de un 30 a un 60 % mayor en comparación con la descendencia de normotensos; o sea que la predisposición genética está más o menos latente y los factores ambientales pueden precipitar el aumento inicial de la PA. Dentro de las causas que estimulan la replicación del gen hipertensivo se señalan la ingesta de sal elevada y el estrés mental (20).

A partir de la década de los 80, la muerte por enfermedad del corazón ha variado paulatinamente su contribución proporcional en la población adulta; así tenemos que en los países desarrollados ha descendido, mientras que en los en vías de desarrollo ha incrementado, ubicándose dentro de las tres principales causas de mortalidad. Por otro lado, la hipertensión arterial está considerada como la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad (2). De manera general, se estima que entre 10 y 30% de la población mundial adulta tiene cifras de presión arterial superior a los niveles convencionales (1,4). La prevalencia de hipertensión arterial en nuestro medio ha sido estudiada por varios investigadores, entre ellos Oliveros, que encontró una prevalencia media de 20%, indicando diversas cifras relativas al conocimiento, tratamiento y control de la enfermedad, según el lugar donde se manejan los casos.

El de mayor captación respecto a su población es el Seguro Social (5). Soto Cáceres y colaboradores determinaron la prevalencia de hipertensión en la población adulta

de Chiclayo, mediante estudio poblacional domiciliario, encontrando 26,6% de incidencia, siendo de estadio I 17,4%, II 6%, III 2,5% y IV 0,7%, existiendo además asociación con la obesidad (6); mientras que, en los asegurados la cifra proporcionalmente fue más alta que en la población general(7). También en otros lugares vecinos a Chiclayo se estudió la prevalencia de hipertensión arterial, como en Monsefú, siendo 10%, sin diferencia por sexos. Sólo 47% conocía su situación y solamente 14% llevaba un tratamiento antihipertensivo con regularidad (12). La mayoría de los casos de hipertensión arterial no tiene una causa definida, por lo que se le denomina hipertensión esencial. Pero, se considera que participan en ella diversos factores, como herencia, edad, raza, tabaco, falta de ejercicio, obesidad, estrés crónico y exceso de sal en la dieta.

La presencia de uno o más factores incrementa la posibilidad de desarrollar, mantener o agravar la enfermedad (14). Existe amplia evidencia de que la morbilidad y mortalidad cardiovascular en relación con la hipertensión arterial pueden reducirse con un tratamiento antihipertensivo adecuado (21), tal como se viene prescribiendo en base a protocolo en el Seguro Social (22). Obviamente, es necesario que el cumplimiento del tratamiento sea el indicado para lograr el éxito esperado. En Salud existe un programa específico de control de hipertensión arterial y los asegurados tienen acceso en forma gratuita al medicamento y con facilidades en el sistema de citas, recibiendo atención médica cada 3 meses (4 veces al año) y atención de enfermería en los meses intermedios, en espera del nuevo control médico (8 veces al año).

Hay un elevado número de pacientes registrados, cercano a los 3,000 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga (HNAA), aunque una buena proporción ha sido reubicada recientemente por lugar de adscripción (23). A pesar de las aparentes facilidades que tienen los pacientes asegurados, existe una apatía preocupante del Programa, estimándose en alrededor de 10 a 15% anual (24). En consecuencia, es de importancia averiguar por qué se presenta este alto índice de deserción de un Programa de enfermedad crónica, lo que permitirá plantear estrategias para corregir este aspecto y evitar las complicaciones y muerte por la enfermedad.

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial (HTA), debe ser considerada como un problema de salud prioritario en las

Américas, con enormes repercusiones sociales y económicas. Esto es aún más evidente si se considera el hecho de que un número apreciable de pacientes, cuando buscan atención médica por HTA o son detectados por el equipo de salud en centros de salud, ya presentan complicaciones y daños de órganos diana, lo que se explica, en parte, por la ausencia de sintomatología en sus fases iniciales, por lo que se debe de tener en cuenta la magnitud y las consecuencias derivadas de esta enfermedad (2).

Según la Organización de la Salud en el año 2015 a nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Se considera que ese problema fue la causa directa de 7,5 millones de defunciones en 2015, lo que representa casi el 13% de la mortalidad mundial. Se estima que en muchos países más del 40% (y hasta el 50%) de los adultos sufren hipertensión, y esa proporción va en aumento y casi el 30% de estos casos son por factores hereditarios (3).

Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Entre esos factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus. El tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones de la hipertensión en los afectados.

En 2014 había 1000 millones de fumadores en el mundo y la prevalencia mundial de la obesidad casi se había duplicado desde 1980. Además de que diversos estudios han demostrado que los factores no modificables genéticos también pueden ser una de las causas principales del desarrollo de la Hipertensión arterial (4). Para la Organización Mundial de la salud al menos uno de cada tres adultos del mundo padece hipertensión. Esa proporción se eleva con la edad: una de cada diez personas de 20 a 40 años, y cinco de cada diez de 50 a 60 años.

La prevalencia más alta se observa en algunos países de ingresos bajos de África; se cree que la hipertensión afecta a más del 40% de los adultos en muchos países de ese continente (5). Según últimos estudios desarrollados en 26 ciudades del Perú (en las tres regiones) sobre Problemas de hipertensión, se determinó que un 23,7% de la población mayor de 35 años tiene hipertensión arterial, con una mayor prevalencia de

hipertensos en el sexo masculino (13,4%) sobre el sexo femenino (10,3%). La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 50 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población y se indica que a medida que avanzaba la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población, siendo mayor en la costa sobre los 60 años de edad, en comparación con las otras regiones del país en Huánuco se encontró que el 48% de la población tienen problemas de Hipertensión arterial y en su mayoría son entre jóvenes y adultos mayores, en Huánuco para el año 2016 se encontró que al menos el 10% de la población tiene problemas de Hipertensión arterial y diabetes(4) . El Ministerio de la salud afirma que en los últimos años se han producido importantes cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad de nuestro país. La tasa de mortalidad a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles está superando a la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles; constituyéndose como causa principal de muerte y morbilidad en la población adulta (5).

De tal manera la Organización Mundial de la Salud manifiesta que las políticas de salud pública deben abordar la hipertensión arterial porque es un factor importante de la carga de morbilidad. Las intervenciones deben ser asequibles, sostenibles y eficaces.

La hipertensión arterial es un síndrome frecuente, generalmente asintomático, de diagnóstico fácil, que requiere la participación de los médicos de la Salud para la identificación de sus letales complicaciones, comprender sus causas y para ofrecer una calidad de vida y tratamiento adecuado.

La hipertensión arterial no tienen una etiología conocida y caen bajo el rubro de causa primaria, frecuentemente asociada a obesidad, síndrome metabólico, resistencia a la insulina y tabaquismo, dieta saturada en grasas, sedentarismo y malos estilos de vida.

En Ecuador, 2011, Agosto, desarrollaron un estudio titulado “Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afro-ecuatoriana de la Comunidad la Loma, Cantón Mira, provincia del Carchi”, cuyo objetivo de su trabajo fue comprobar la prevalencia de hipertensión arterial y principales factores de riesgo en pacientes afro-ecuatoriana de la comunidad rural “La Loma”, fue un estudio observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 111 hombres y mujeres

adultas a 30 años, determinaron las características sociodemográficas, evaluaron la presión arterial, estado nutricional, consumo de tabaco y alcohol, ejercicios físicos y consumo de sal.

El modelo de Determinantes sociales y desigualdades en salud.

“El modelo de los Determinantes Sociales de Salud ha sido propuesto por la “Comisión Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre lo Determinantes sociales de la salud”. Uno de los principales principios éticos que han guiado a la Comisión en la elaboración del modelo ha sido el concepto de equidad en salud; mientras que la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud. Se reafirma el “derecho de las personas al grado máximo de salud posible” y se define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente demográficamente o geográficamente” (20). Es decir, las desigualdades en salud son diferencias en salud producidas socialmente, que se distribuyen de forma sistemática entre la población y que son injustas. (16) El modelo pone énfasis en los contextos socio-económicos y políticos, así como, en los determinantes estructurales que pueden originar las desigualdades de salud. Los determinantes estructurales de acuerdo con la Comisión son “aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos; los principales determinantes son: renta, educación, ocupación, clase social, género y raza o etnicidad” (17).

El modelo sitúa en la primera columna los principales factores contextuales que pueden afectar las desigualdades en salud como: los gobiernos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y las relacionadas con la salud. Así mismo, considera otros factores relevantes como: la cultura, los valores y las normas sociales (23). En la segunda columna de la figura, la Comisión sitúa los aspectos principales de la jerarquía social que definen la estructura social y las relaciones de clase, dentro de la sociedad. Estas características están relacionadas con la distribución del poder, el prestigio y los recursos.

En primer lugar, se ubica la posición socioeconómica que se encuentra a su vez relacionada con los otros factores (ingresos, acceso a los recursos, empleo etc.)

(24) Para ejercer plenamente el derecho a la salud es fundamental el empoderamiento de los grupos más desaventajados. Ello implicaría mejor control sobre los factores que determinan su salud y mayor capacidad para tomar decisiones sobre cómo quieren vivir sus vidas (25). Este modelo se relaciona con el estudio porque habla de las igualdades en salud que deben tener todas las personas, motivo por el cual el gobierno y ministerio de salud debe luchar por implementar medidas que se direccionen a prevenir las enfermedades no transmisibles y en su plan de trabajo también incluir a los jóvenes, adultos y adultos mayores para que haya una igualdad en salud.

Teoría las leyes de Mendel y la teoría cromosómica.

Mendel (26) en su teoría considera que cada organismo dispone de dos factores hereditarios para cada uno de sus caracteres: el primero heredado de un progenitor y el segundo del otro e incluso muchas veces los factores hereditarios vienen desde los abuelos. Lo cual es apoyado por la teoría de las bases genéticas de la hipertensión arterial donde se menciona que alrededor de un 30-40% de la variación interindividual de la presión arterial en la población viene determinada genéticamente.

Esta teoría se relaciona con el estudio porque explica como la carga genética si se relación con el desarrollo de Hipertensión arterial en las personas.

Bases conceptuales:

Hipertensión arterial.

Castells, Boscá, García y Sánchez (27) la hipertensión arterial es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial que desencadena múltiples consecuencias. No se ha demostrado su etiología en el caso de hipertensión arterial; pero se considera que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la presión arterial. Organización Mundial de la Salud (28) define a la hipertensión arterial como la elevación mantenida de la presión arterial por encima de los límites normales y constituye el primer riesgo de muerte en los varones en el mundo; la mayoría de las complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial son prevenibles, pero las bajas de tasas de conocimiento y mal

control de la hipertensión por parte de profesionales y pacientes hacen que sea más dramática la situación actual en salud pública. Malpica, Heredia, Ramírez y Figueredo (29) la hipertensión arterial es una de las enfermedades más comunes que afecta a la salud en todas partes del mundo; representa un factor de riesgo de otras enfermedades cardíacas, por su comportamiento en ocasiones es asintomática, esta afección es calificada como una “amenaza silenciosa”.

El riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes hipertensos es determinado no solamente por el nivel de sus cifras tensionales, sino por la existencia de lesión de órganos “diana” u otros factores de riesgo asociados no modificables como la edad y sexo; y los factores de riesgo modificables tales como el hábito de fumar, dislipidemia, diabetes sacarina, malos hábitos alimenticios (27).

13.3 DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para un diagnóstico recomienda tomar la presión arterial al menos una vez hasta los 14 años de edad y, si es normal, repetir la toma cada 4-5 años hasta los 40. A partir de los 40 cada 1-2 años sin límite de edad; si existiera algún otro condicionante concreto se realizará con la periodicidad que sea procedente, según criterio del médico. La línea divisoria entre tensión normal y tensión alta es arbitraria, ya que no hay valores que signifiquen riesgo cero, pero si las presiones arteriales se mantienen en cifras superiores a 140/90 mm Hg en varias determinaciones (habitualmente un mínimo de tres) se establece el diagnóstico de hipertensión arterial Así mismo define a la hipertensión como una presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva.(30)

Tipos de Hipertensión Arterial

Hipertensión Sistólica Aislada: Se considera así cuando la presión arterial sistólica es mayor de 140mmHg y la presión arterial diastólica es menor de 90mmHg.
Hipertensión aislada en el consultorio o hipertensión de la bata blanca: Se consideran con este tipo de hipertensión a las personas que tienen elevación cuando es medida fuera del consultorio, por personal no médico (familiar, vecino, enfermeros u otras personas o técnicos).

Hipertensión arterial refractaria o resistente: Se define hipertensión arterial resistente a: presión arterial mayor de 140/90 o 130/80mmHg en diabéticos o con enfermedad renal, con un régimen adecuado terapéutico con tres drogas en dosis máximas, idealmente una de ella es un diurético o a hipertensión arterial controlada con 4 drogas antihipertensivas.

Hipertensión maligna: Es la forma más grave de Hipertensión Arterial; se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes con insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva grado II-IV.

Hipertensión Arterial El número más alto se asigna tensión sistólica circulatoria y el número inferior, pulso diastólico.

Por ejemplo, 120 más de 80 (compuesto como 120/80 mmHg). Es concebible que cualquiera de estos números sea demasiado alto.

Una presión arterial habitual cuando es menor a 120/80 mmHg normalmente.

Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o mayor la mayoría de las veces.

Si los valores de su presión arterial son de 120/80 o más, pero por debajo de 140/90, pre hipertensión.

Clasificación según los niveles de presión arterial

Categoría Presión arterial

Sistólica (mmHg)

Diastólica (mmHg)

Óptima Menor 120 Y Menor 80

Normal 120-129 y/o 80-84

Normal alta 130-139 y/o 85-89

Hipertensión Grado 1 140-159 y/o 90-99

Hipertensión Grado 2 160-179 y/o 100-109

Hipertensión Grado 3 Mayor o igual 180 y/o Mayor o igual 110

Hipertensión Sistólica aislada Mayor o igual a 140 y Menor 90

Hipertensión arterial primaria según el 90-95% de los individuos hipertensos, no es realista caracterizar la razón del estrés, que se llama hipertensión básica o principal. Se ve como que está conectada a una modificación poligénica multifactorial, siendo imperativa la colaboración entre unas cuantas cualidades y del medio ambiente (30).

Hipertensión arterial secundaria Un dígito establecido de respuesta de hipertensos dio a diferentes tipos de hipertensión auxiliar, donde las razones particulares de la hipertensión se puede observar. El evento de la hipertensión en los jóvenes menores de 30 años o más establecido de 50 años, la grandeza esencial o el tratamiento problemático del peso o la presencia de complejidades impecable, un activo opcional.

Evaluación inicial y seguimiento La evaluación inicial es primordial para crear una organización correctiva junto con el paciente, una cuestión clave ya que se basará en el tratamiento y lo que se sabe que es uno de los principales conductores esenciales de los controles. Esta valoración debe estimularse a conocer al paciente en su entorno físico, personal, familiar y social, estos son componentes fundamentales para tener la capacidad de incorporar el plan de procedimiento a las situaciones y requisitos del paciente, encontrando las cualidades y carencias de Nuestro paciente.

Prevención: La principal herramienta que tiene el personal de salud para lograr la prevención adecuada y el cuidado seguro de la hipertensión en sus pacientes es establecer condiciones de cercanía y amplia comunicación con ellos. En esta relación es importante no olvidar que a los pacientes les resulta muy difícil seguir un tratamiento porque les exige cambiar hábitos y renunciar a sus prácticas placenteras. Por ello, es muy importante que la planeación del tratamiento se realice con plena participación del paciente, motivándolo a actuar en su propio cuidado. La labor del médico familiar en esta situación es proporcionar la información necesaria y apoyar al paciente para lograr cambios en su estilo de vida (29).

Prevención Primaria: Tiene como objetivo el control de los factores de riesgo de la propia hipertensión, cuyas actividades principalmente deben instaurarse en todos los pacientes y son: abandono del tabaco, reducción de peso, reducción del consumo de alcohol, ejercicio físico, reducción del consumo de sal y un incremento en el consumo de frutas y verduras (30) .

Prevención Secundaria: Tiene como prioridad la detección temprana y el control de los hipertensos identificados. Así se conseguirá evitar las complicaciones asociadas a un mal control de la hipertensión. Se recomienda la toma de la tensión al menos una vez hasta los 14 años; cada 4 ó 5 años desde los 14 hasta 27 los 40 años, y cada 2 años a partir de los 40 años sin límite de edad (31) .

Prevención terciaria: Su objetivo es reducir la incidencia de eventos clínicos macrovasculares recurrentes. Sus actividades abarcan desde el control de las cifras, como por los cambios de los hábitos de vida y pasando por el tratamiento farmacológico.

La anticipación más dinámica para llevar a cabo una vida sólida y noble, en el compromiso de las administraciones de bienestar del nivel principal de atención, las mediaciones fueron para la acción antiactiva (donde además incorporar el adelanto del bienestar) debería poseer un lugar crítico, porque permiten el bienestar.

Los niveles de la población para desarrollar, para evitar que se vuelva enfermo, a un costo menor, que producen recuperación de seguro social.

La disminución de las complejidades cardiovasculares de los pacientes hipertensos se puede encontrar mediante métodos de acción contraactiva esencial, específicamente disminuyendo el evento de nuevos casos de hipertensión y por el tratamiento y control de los pacientes analizados como hipertensos. Para descubrir ambos objetivos, tanto la población como el procedimiento individual son importantes. Diferentes revisiones indican actividades físicas perfeccionadas, descarga de estrés, partición de propensiones destructivas, gran limpieza individual, bienestar sexual, horas dormidas, para abrazar una forma de vida según la innovación que permite al individuo vivir con calidad.

13.4 TRATAMIENTO

La meta principal del tratamiento de la hipertensión arterial es disminuir la morbilidad y mortalidad atribuibles a esta enfermedad. El tratamiento incluye las modificaciones en el estilo de vida, como son: restricción de sodio en la dieta (5-6 g por día), control del peso, realizar ejercicio aeróbico, moderación de la ingestión

etífica y la incorporación de dietas apropiadas contra este padecimiento, como la dieta DASH (dieta rica en frutas y verduras y baja en grasa) (26).

El primer paso del tratamiento de la hipertensión arterial es establecer metas de presión arterial e iniciar medicamentos antihipertensivos en relación con la edad y existencia de enfermedades concomitantes, como diabetes e insuficiencia renal crónica:

Meta de presión arterial en pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica con edad \geq 60 años: <150/90 mmHg.

Meta de presión arterial en pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica con edad <60 años: <140/90 mmHg.

Meta de presión arterial en pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica: <140/90 mmHg. (23).

Tratamiento no farmacológico

La presión arterial alta en sus inicio es una enfermedad que puede responder a cambios del estilo de vida, reducción del consumo de sodio, aumento del consumo de potasio a través de una mayor ingesta de frutas y verduras, disminución del peso corporal, abandono del cigarrillo, evitar el alcohol en exceso y hacer ejercicio físico isotónico frecuente. (22).

El ejercicio conjuntamente con la terapia farmacológica antihipertensiva potencia su efecto, por lo que suele ser necesario un ajuste en la dosis. Además los efectos metabólicos e hidroelectrolíticos del ejercicio y de los medicamentos deben analizarse en cada paciente, una sesión de ejercicio isotónico puede reducir la PA sistólica en más de 10 mmHg en especial en periodo post-ejercicio, y esta reducción se debe tener en cuenta a la hora de ajustar la dosis y horarios de los medicamentos.

Modificación de hábitos y reducción de hipertensión. (25)

INTERVENCIÓN REDUCCIÓN PROMEDIO DE PAS

Reducción de peso (IMC menor de 25) 5-20 mmHg. /10 Kg

Cambio de alimentación (frutas, legumbres, menos grasa) 8-14 mmHg

Reducción de sodio (menos de 2.4 g) 2-8 mmHg

Ejercicio (30 minutos. 5 días/semana) 4-9 mmHg

Limitar alcohol (menos o igual 2 bebidas/día. 2-4 mmHg

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es uno de los temas que más conocen los pacientes, siendo un factor importante en el manejo de su enfermedad por lo tanto es prioridad darle conocimiento adecuado a los paciente sobre las causas , factores de riesgos y complicaciones que ayudarian al mejor control de su enfermedad

Medicamentos antihipertensivos en la población general que no presente ninguna comorbilidad o algunos de los factores de riesgos más importantes a tomar en consideración al momento de elegir un antihipertensivo son: su eficacia como monoterapia, sus efectos adversos y su costo. Algunos expertos sugieren que lo más importante es la meta de presión arterial y no la elección de un antihipertensivo en especial. (21)

Los diuréticos tiazídicos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y los bloqueadores de los canales de calcio pueden prescribirse como antihipertensivos de primera línea en pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica. Los diuréticos tiazídicos (por ejemplo, clortalidona 12.5-50 mg/día o hidroclorotiazida 12.5-50 mg/día) son los medicamentos más prescritos como primera línea en pacientes hipertensos por sus beneficios probados a través de años de investigación clínica. (21)

Los diuréticos tiazídicos reducen de manera significativa la mortalidad, la incidencia de evento vascular cerebral y todos los eventos cardiovasculares adversos, los diuréticos tiazídicos son los fármacos con mayor eficacia en relación con el efecto benéfico cardiovascular, seguidos muy de cerca por los IECAS. Además, son los antihipertensivos con menor costo en el mercado. Los diuréticos tiazídicos pueden ocasionar complicaciones como dislipidemia e intolerancia a la glucosa. Otros efectos adversos conocidos de estos fármacos son: la disminución del sodio, calcio y la producción de gota.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS, por ejemplo, enalapril 5-20 mg/12-24 horas o lisinopril 10-40 mg/día) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II, por ejemplo, losartan 50-100 mg/12-24

horas o valsartan 40-320 mg/día) pueden ser recetados también como antihipertensivos de primera línea en la población general, que no sea afroamericana. (21)

Los IECAS y ARA II están contraindicados en pacientes con antecedentes de angioedema, estenosis arterial renal bilateral, insuficiencia renal oligúrica y embarazo. Se deben prescribir con precaución con potasio >5 mg/dl, creatinina >2.5 mg/dl y presión arterial sistólica <90 mmHg, Los diuréticos tiazídicos o los bloqueadores de los canales de calcio (por ejemplo, amlodipino 2.5-10 mg/día) son de primera elección en pacientes ancianos y afroamericanos.

Medicamentos antihipertensivos en pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica Los IECAS y ARA-II son los medicamentos de primera línea en pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica. El tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina es la única opción realmente efectiva en evitar el aumento en la creatinina sérica en pacientes con diabetes mellitus, Un IECA + un bloqueador de los canales de calcio (por ejemplo, benazepril/amlodipino 5/10 mg/día) parece ser la mejor combinación para reducir la mortalidad en pacientes con diabetes mellitus. (21).

Fármacos de elección

Hipertensión fase I (PAS 140-159 mmHg o PAD 90-99 Hipertensión fase II-III
(PAS mayor 160 mmHg o PAD mayor 100)

Diuréticos tipo Tiacidas o considerar: IECAS, B bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio. Tratamiento iniciar con dos fármacos:

Diuréticos con IECAS, B bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio

Modificaciones de estilos de vida en hipertensión arterial

Los cambios de los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, de actividad física y hábitos tóxicos ocupan un lugar importante en el desarrollo de buena salud de las personas. Cuando estos son inadecuados constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la (HTA), y otras, endocrinas metabólicas, como la diabetes mellitus y la obesidad entre otras. (17)

Para mejorar el abordaje de la hipertensión se enlaza la modificación de los estilos de vida de quienes la sufren, estos aspectos que han mostrado ser problemáticos en esta población, según múltiples estudios e informes a nivel mundial. Por lo tanto la evaluación de los conocimientos debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a la citas de control en los servicios de salud, el conocimiento cognoscitivo sobre los factores de riesgo y las complicaciones que produce esta enfermedad, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables que incluyen la práctica de actividad física regular, la alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillo, entre otras.(26)

El tratamiento antihipertensivo farmacológico por sí solo ha tenido poco éxito en la reducción de las complicaciones cardiovasculares. Se debe incentivar modificaciones en el conocimiento tanto en el estilo de vida, valores normales de su presión arterial, así como métodos para prevenir la hipertensión en el paciente con factores de riesgos. (27)

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional, el cual una vez que se ha desencadenado persiste a lo largo de la vida y obliga al sujeto a modificar hábitos y patrones cotidianos de conducta para evitar sus complicaciones, Según la (OMS), las enfermedades crónicas más frecuentes y de mayor importancia son las enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión.

Las guías internacionales para la prevención, detección y tratamiento de la HTA sostienen que es una enfermedad multifactorial, y que dentro de sus múltiples factores el estrés constituye el factor psicosocial de riesgo, de similar importancia a la que tiene otros factores clásicos, tales como: antecedentes familiares de HTA, consumo de sal, alcohol, tabaquismo, sedentarismo y obesidad. (28)

Desde la psicología de la salud, el estilo de vida es definido como aquellos patrones cotidianos de conductas, que pueden llevar a que el individuo mantenga la salud o, por el contrario, se exponga a riesgo de enfermar, comportamientos determinados por el contexto social y cultural en el que el sujeto está inmerso (17).

Enfermedades asociadas

Es importante considerar que la hipertensión arterial coexiste con otros factores de riesgo cardiovascular, sobretodo metabólicos tales como la dislipidemia, la diabetes, y la obesidad. Desde el punto de vista de la salud pública, es primordial seguir potenciando la prevención primaria en la población equilibrando las actividades de prevención con las de la atención a los sujetos que ya presentan enfermedad, y haciendo un mayor esfuerzo en mejorar los hábitos alimentarios de la población, en facilitar y fomentar la actividad física y controlar el consumo de tabaco.

Las comorbilidades mayoritariamente asociadas con la hipertensión arterial son la diabetes mellitus, la dislipidemia, la obesidad, tabaquismo, alcoholismo, asma bronquial, la enfermedad obstructiva crónica, el síndrome depresivo, neoplasias malignas, la microalbuminuria, las demencias de todo tipo y finalmente el fallecimiento (1). Son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas, presentan una mayor angustia, problemas de funcionamiento sexual, de sueño y autocontrol. Por lo cual la intervención psicosocial en los pacientes hipertensos será encaminada a desarrollar habilidades de afrontamiento el control de la ira, hábitos alimenticios saludables y adherencia estricta al tratamiento. (24)

Enfermedades cardiovasculares: Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbimortalidad en los países industrializados, ocasionando un incremento en la utilización de los recursos y los costes sanitarios. La prevención cardiovascular se basa en la detección, el tratamiento y el adecuado control de los principales factores de riesgo modificables: hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad. (9)

Falla cardíaca Existe una relación directa entre hipertensión arterial y desarrollo de falla cardíaca. El adecuado tratamiento de la hipertensión arterial disminuye hasta en 50% el desarrollo de falla cardíaca en la población hipertensa. (14) Todos los pacientes con falla cardíaca sistólica, deben recibir un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un bloqueador de los receptores de angiotensina-II si hay intolerancia al primero y un beta-bloqueador, a menos que exista una contraindicación para su uso. En caso de retención hídrica, deben recibir además un diurético. (23) Los pacientes con falla cardíaca sistólica que persisten con cifras elevadas de presión arterial, deben recibir tratamiento adicional que permita llevar

las cifras a la meta, al menos 120/80 mmHg. Para ello, puede considerarse la adición de amlodipino o felodipino, los cuales son bloqueadores de los canales de calcio con efecto neutro sobre la mortalidad, espironolactona si aún no la reciben o candesartán. (21)

Enfermedad coronaria: La hipertensión arterial es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria. Sin embargo, el tratamiento de la hipertensión arterial no ha tenido impacto en la aparición de enfermedad coronaria, en parte probablemente, debido a la naturaleza multifactorial de ésta. Los individuos con hipertensión arterial y enfermedad coronaria, tienen un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad. El hipertenso con enfermedad coronaria requiere un tratamiento individualizado que busque llevar las cifras de presión arterial a la meta. Aunque el tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente coronario es seguro y benéfico, debe tenerse cuidado especial en evitar descensos de la presión arterial que comprometan el flujo coronario. En pacientes con eventos coronarios previos, los betabloqueadores y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son de utilización imperativa, sobre todo en presencia de disfunción ventricular.

Hipertrofia ventricular izquierda: La Hipertrofia Ventricular Izquierda afecta aproximadamente entre el 25 y 50% de los pacientes hipertensos, se considera como un potente e independiente factor de riesgo cardiovascular, dada su triple repercusión cardíaca: sobre la perfusión miocárdica, la función ventricular y la actividad eléctrica. Estudios prospectivos indican que la regresión de la hipertrofia ventricular debe ser un objetivo terapéutico deseado para reducir el riesgo cardiovascular del paciente hipertenso (23). La hipertrofia ventricular izquierda constituye un factor de riesgo independiente para morbimortalidad cardiovascular. Por lo cual el tratamiento antihipertensivo disminuye la hipertrofia ventricular, y con ello el riesgo de eventos cardiovasculares futuros. Esta puede identificarse por medio del electrocardiograma o el ecocardiograma, siendo este último método más sensible para su detección. El patrón de hipertrofia ventricular de tipo concéntrico, se asocia con mayor riesgo.

Disfunción diastólica La alteración en la función diastólica hace parte, junto con la hipertrofia ventricular izquierda, de la enfermedad cardíaca hipertensiva, y representa compromiso de este órgano blanco en la hipertensión arterial. La presencia de disfunción diastólica indica un riesgo cardiovascular mayor en el paciente hipertenso.

La ecocardiografía es un adecuado método diagnóstico para evaluar la presencia de disfunción diastólica. El tratamiento antihipertensivo óptimo es la mejor terapia para la disfunción diastólica.

Hipertensión arterial y diabetes mellitus Recomendaciones para el tratamiento del diabético hipertenso, son tener como meta de presión diastólica menos de 80 mmHg. Los cambios terapéuticos en el estilo de vida son eficaces y hacen parte del tratamiento de todos los pacientes con diabetes e hipertensión desde el inicio. Todo paciente con presiones < 140/90 mmHg debe recibir tratamiento farmacológico sumado a los cambios terapéuticos en el estilo de vida, en cambio los pacientes con valores entre 130/80 mmHg y 139/89 mmHg, podrían esperar un período de tres meses para alcanzar la meta con cambios terapéuticos del estilo de vida siempre y cuando no tengan complicaciones o sean de muy alto riesgo.

En los diabéticos pueden utilizarse la mayoría de los agentes antihipertensivos pero los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los betabloqueadores y los diuréticos deben ser los preferidos para el tratamiento inicial, con la opción de los bloqueadores de los receptores de angiotensina-II en pacientes intolerantes a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (31). En diabéticos tipo 2 con microalbuminuria, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina-II, han demostrado retardar la progresión a macroalbuminuria, por ello unos u otros deben ser seleccionados en estos casos. En pacientes con diabetes tipo 2, hipertensión, macroalbuminuria, nefropatía o insuficiencia renal, los bloqueadores de los receptores de angiotensina-II son la primera elección.

En pacientes mayores de 55 años con factores de riesgo cardiovascular diferentes a diabetes e hipertensión, incluida la microalbuminuria, los medicamentos que han probado eficacia incluyen tiazidas, beta-bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina-II y bloqueadores de los canales del calcio, pero, de todos, los que alcanzan mayor eficacia global hasta el momento, son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Por lo tanto, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina deben encabezar la selección para cubrir el alto riesgo cardiovascular en los mayores

de 55 años cuando no hay contraindicaciones para su uso, complicaciones o condiciones específicas que favorezcan el uso de otra clase de antihipertensivo.

En pacientes con microalbuminuria o nefropatía manifiesta en quienes los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los bloqueadores de los receptores de angiotensina-II no sean bien tolerados, debe considerarse un beta-bloqueador. Los medicamentos que bloquean el sistema renina-angiotensina pueden tener beneficios para prevenir la aparición de diabetes. Cuando el paciente tenga un estado prediabético o alto riesgo de aparición de diabetes, pueden considerarse estos medicamentos.

Debe medirse la presión arterial con el paciente de pie para investigar ortostatismo por la posibilidad de neuropatía autonómica. Los pacientes con diabetes pueden tener beneficios al bajar la presión arterial por debajo de la meta de 130/80 mm Hg; el clínico puede buscar cifras más bajas si son seguras y bien toleradas.

Obesidad: Hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica a la obesidad como el mayor problema de salud no reconocido que el mundo enfrenta. En 1988 se informó que el sobrepeso y la obesidad en mujeres jóvenes (18 a 49 años) mexicanas era de 33.4%, para 1999 este valor cambió a 59.6%. Si se consideran juntas estas enfermedades, las cifras de la Encuesta Nacional de Salud 2000 revelaron un preocupante 69% de mujeres y 67% de hombres entre 20 y 69 años de edad con índice de masa corporal mayor a 25, y los porcentajes de las zonas rural y urbana se están equiparando en forma significativa. (32)

En el caso particular de la hipercolesterolemia secundaria, se consideran como causas: la diabetes, la obesidad, el hipotiroidismo y el síndrome nefrótico. La hipertrigliceridemia secundaria, puede tener como causa a la diabetes, el alcoholismo, la obesidad, el síndrome de resistencia a la insulina, la insuficiencia renal, la ingesta elevada de azúcares refinados, así como al uso de beta-bloqueadores, diuréticos y corticosteroides anabólicos.

También los procedimientos de diálisis y hemodiálisis, pueden actuar como causa desencadenante de esta dislipidemia.

Insuficiencia renal crónica: La hipertensión arterial es la segunda causa de enfermedad renal crónica después de la diabetes; es responsable de la tercera parte de

casos de enfermedad renal crónica que van a diálisis. A su vez, la enfermedad renal crónica frecuentemente lleva a elevación de la presión arterial. La disfunción renal (manifestada como proteinuria -menor o mayor- o disminución en la filtración glomerular) es un factor de riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

El tratamiento antihipertensivo de los pacientes con enfermedad renal debe ser intensivo, con metas de presión arterial más bajas (menor de 130/80 mm Hg), en especial en presencia de proteinuria mayor (cuando debe llegarse a cifras por debajo de 125/75 mm Hg). Para el control de la presión arterial de los pacientes con enfermedad renal crónica, usualmente debe emplearse terapia de combinación, uno de cuyos componentes debe ser un medicamento que bloquee el sistema renina-angiotensina-aldosterona. Los bloqueadores de los canales del calcio no deben utilizarse como monoterapia en pacientes con enfermedad renal crónica, pero son de utilidad en combinación con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o con los bloqueadores de los receptores de angiotensina-II.

La hipertensión arterial es el problema médico más común en la mujer embarazada. Las presiones arteriales sistólica y diastólica, por encima de 140 mm Hg y 90 mm Hg, respectivamente, se consideran elevadas.

El compromiso de órgano blanco de la mujer hipertensa puede aumentarse con el embarazo. La presencia de proteinuria indica mayor riesgo fetal en la hipertensa embarazada. En un gran porcentaje de casos, la mujer hipertensa embarazada puede manejarse con cambios en el estilo de vida, sin necesidad de tratamiento farmacológico pero no se recomienda la pérdida de peso. El objetivo del tratamiento de la hipertensa embarazada es la disminución del riesgo de la mujer, pero los tratamientos empleados deben ser seguros para el feto. El medicamento de elección es la alfa-metildopa. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina-II, son fetotóxicos y deben evitarse durante todo el embarazo.

El futuro de la hipertensión está en la detección precoz de este factor de riesgo, que puede ser antes de nacer gracias a los grandes avances de la genética, que cada día se van incrementando y que harán conocer exactamente dónde están localizadas las alteraciones en los genes que transmiten esta patología de padres a hijos. Los cambios dietéticos pueden disminuir de forma muy significativa la prevalencia de la

hipertensión reduciendo la ingesta de grasas saturadas, el consumo de alcohol, las calorías y la sal. No hay que olvidar que en Africa existen tribus que no padecen hipertensión porque hacen una dieta muy estricta en los alimentos antes mencionados.

Desde el punto de vista de los enfermos, hay que hacerles más responsables del cuidado de su enfermedad y conseguir que la autoevaluación y el autocontrol sean algo fundamental en su vida. Estamos todavía lejos de pensar que la hipertensión arterial se va a acabar en los próximos años, pero si conseguimos reducir su prevalencia con los cambios higiénico-dietéticos y que el tratamiento se inicie lo más precozmente posible, para evitar los daños sobre los órganos y vasos del cuerpo humano, habremos logrado uno de los éxitos más grandes de la medicina actual, ya que la patología cardiovascular es la causa número de uno de muerte en el mundo.

13.5 Estrategia educativa de la hipertensión arterial

La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. La orientación de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles (32).

Las estrategias de intervención son muy necesarias para lograr una buena salud y prevenir las enfermedades. Conseguir el máximo potencial de salud es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que tiene que ver, no solo con el individuo en diferentes edades, características, y etapas vitales, sino también con el ambiente en que se desarrolla (33).

Se puede deducir como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por entidad el impartir de forma sistemática los conocimientos teóricos prácticos, a los pacientes así como el desarrollo firme de actitudes y costumbres educados, que la población debe asimilar, interiorizar, para mejorar sus condiciones de vida, incorporar gradual y paulatinamente a su estilo de vida, como requisitos para preservar en óptimas condiciones su estado de salud (34).

Los métodos, medios de información y las técnicas que pueden utilizar para transmitir mensajes de salud y educación que describe la OMS, pueden ser de dos formas. La primera es el método directo, de persona a persona, en el que, el agente

de salud, médico y enfermera es el principal comunicante. Y el método indirecto, en el que la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que proceden de otra fuente, por ejemplo, programas de radio y televisión. Ambos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz (35).

La educación para la salud puede ser precisada como un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes de los pacientes que requiere para mantener una conducta adecuada en bien de su salud.

La identificación de necesidades son unos de los factores más significativos, las necesidades deben ser medidas desde el contexto epidemiológico como también desde la percepción de la población, o sea la actualización de los pacientes que acuden a su control mensual así como la valoración del nivel de conocimiento que la población necesite.

La educación del paciente hipertenso en la promoción y prevención y diagnóstico, es el elemento primordial para el mejor control de la hipertensión arterial, pues le permite comprender mejor su enfermedad en todos sus aspectos y sus consecuencias dotándolos de un arma de inestimable valor en el control de su enfermedad de forma individual y comunitaria (36).

Las estrategias para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles han asumido una gran evolución y hoy se conocen acciones positivas para su debido control a pesar que en algunas regiones no se ha mantenido el proceso. A la par del desarrollo de nuevas tecnologías para su tratamiento y diagnóstico temprano, diversos trabajos han demostrado que las acciones de tipo comunitario y, particularmente la ejecución de políticas saludables son intervenciones altamente costo efectivas son de gran impacto para el paciente su familia y comunidad (37).

13.6 Bases legales

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Como lo refiere el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, dentro de la Constitución de la república del Ecuador: Art.

El fortalecimiento del MIAS con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país.

Art. 66.- Se reconoce y garantiza a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Art. 361.- Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 363.- Las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de su vida y de acuerdo a sus condiciones particulares.

Art 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de los pacientes afectados y cuidados paliativos.

Los componentes integrantes del Sistema Nacional de Salud evaluarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas patologías

enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, prevaleciendo a los grupos vulnerables.

14 MÉTODOS

14.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria en pacientes adultos hipertensos para determinar el conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial y elaborar una estrategia educativa con la finalidad de elevar el conocimiento. El estudio fue de tipo observacional ya que no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución espontánea de los fenómenos investigados, descriptivo porque describe los parámetros del tema en estudio, retrospectivo ya que la información de la variable de estudio y de caracterización se tomaron de una fuente de información secundaria, y de corte transversal en vista que el investigador realizó una sola evaluación de las variables.

14.2 Diseño de la investigación

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio estuvo constituida por 107 pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial de dos consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, correspondientes al centro de salud Enrique Ponce Luque, en el año 2018, que cumplieron los criterios de participación en la investigación.

Criterios de inclusión:

Pacientes adultos hipertensos que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes con discapacidad intelectual que no les permita responder a la encuesta.

14.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Previo a la recolección de la información la investigación fue aprobada por el comité de Bioética de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil, anterior a la firma del consentimiento informado donde se explica en qué consiste el estudio, se realizó la recogida de los datos, por medio de una encuesta tipo test, en el periodo correspondiente de abril hasta agosto del 2018 elaborada por el autor de la investigación. Esta encuesta fue validada por tres expertos en el tema, un especialista

en bioestadística, especialista en medicina familiar y medicina interna para lo cual todos poseen cuarto nivel de estudio, posteriormente se realizó un estudio piloto para precisar la comprensión de la pregunta por parte de la población perteneciente al posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Se utilizaron los criterios de Moriyama por los expertos y se fijó como punto de corte para considerar que existe conocimiento, un 70% cuando la suma de las preguntas contestadas sean de forma correcta.

El cuestionario quedó conformado por tres componentes divididos en:

- Componente I aspectos sociodemográficos; incluyen las preguntas 1 a la número 5.
- Componente II conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial en la población de estudio; incluyen las preguntas 6 a la número 15.
- Componente III elementos destinados a la estrategia educativa para su elaboración; incluyen las preguntas 16 a la número 21.

La encuesta fue aplicada por el autor de la investigación a todos los pacientes hipertensos durante las consultas de los dos consultorio del centro de salud Enrique Ponce Luque; visitas domiciliarias, revisión de historias clínicas, respetando su derecho de privacidad.

Se utilizó un puntaje cuantitativo para valorar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial. El total de preguntas tiene un valor habitual de 100 puntos, además; un valor distinto por cada pregunta de 10 a 15 puntos; la respuesta se consideró correcta si el participante responde un solo ítems por cada pregunta. Se calificó con un puntaje de 70% y más de respuestas acertadas, que conoce y con un puntaje de menos de 70% de respuestas no acertadas, que desconoce.

14.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de Técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Conocimiento sobre hábitos tóxicos como factor de riesgo sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre el sedentarismo como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre la dieta inadecuada como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre el grupo étnico como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento sobre antecedentes patológicos familiares de la hipertensión como factor de riesgo	Encuesta
Conocimiento de la hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible	Encuesta
Conocimiento sobre los síntomas de la	Encuesta

hipertensión arterial	
Conocimiento sobre el diagnóstico de la hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre las cifras tensionales de la HTA	Encuesta
Conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial	Encuesta
Forma de recibir información sobre factores de riesgo de la HTA	Encuesta
Frecuencia con la que le gustaría recibir información	Encuesta
Número de personas con las que le gustaría recibir información	Encuesta
Momento del día que le gustaría recibir información	Encuesta
Disponibilidad de tiempo para recibir información	Encuesta

14.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se confeccionó una base de datos con las variables incluidas en el estudio en una hoja de Excel que se transportó al programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento de los datos y los resultados se presentaron en tablas y gráficos. La información se resumió con números absolutos y porcentaje para su mejor comprensión.

14.3 Variables

14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Grupo de edades	Años cumplidos	25-34 35-44 45-54 55-64 65 y más	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Catagórica nominal dicotómica
Nivel de escolaridad	Último año aprobado	Ninguna Primaria Secundaria bachiller superior	Catagórica ordinal politómica
Ocupación	Actividad laboral que realiza sea remunerada o no	Ama de casa Empleado público Empleado privado Agricultor Otras Ninguna	Catagórica nominal politómica
Estado civil	Situación actual del estado civil	Solteras/os Casadas/os Divorciadas/o s Viudas/os Unión libre	Catagórica nominal politómica

Conocimiento sobre hábitos tóxicos como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Conocer que hábito tóxico como; tomar bebidas alcohólicas y fumar, son factores de riesgo para la hipertensión arterial	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el sedentarismo como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Conocer que el no realizar ejercicios, caminatas, es un factor de riesgo para la hipertensión arterial	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre la dieta inadecuada como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Conocer que el consumo alto en sal, grasas y bajo en frutas y legumbres es un factor de riesgo para la hipertensión arterial	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el grupo étnico como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Conocer que ser de raza negra es un factores de riesgo para la hipertensión arterial	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre los A P F como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Conocer que tener familiares con hipertensión arterial es un factor de riesgo para esta enfermedad	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica

Conocimiento de la hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible	Conocer que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre los síntomas de la hipertensión arterial	Conocer que la hipertensión arterial es una enfermedad que no presenta síntomas.	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre el diagnóstico hipertensión arterial	Conocer que el diagnóstico es mediante el examen clínico y toma de la presión arterial	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre las cifras tensionales de la hipertensión arterial	Conocer que las cifras tensionales de hipertensión arterial son igual o mayor a 140/90 mmHg	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Conocimiento sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial	70% y más correctas <70% correctas	Conoce No conoce	Catagórica nominal dicotómica
Forma de recibir información sobre factores de riesgo de HTA	Distinción para recibir información de HTA	-Charlas educativas -Materiales didácticos -Observando videos	Catagórica nominal politómica

		-Talleres	
Frecuencia con la que le gustaría recibir información	Periodicidad	-Una vez a la semana -Cada 15 días -Una vez al mes	Catagórica nominal politómica
Número de personas con las que le gustaría recibir información	Cantidad de personas	-Solo -Grupo de 5 a 10 personas -Grupo de 11-20 personas	Catagórica ordinal politómica
Momento del día que le gustaría recibir información	Horario del día disponible	-Mañana -Tarde	Catagórica nominal dicotómica
Disponibilidad de tiempo para recibir información	Tiempo disponible	-15 minutos -30 minutos -Una hora	Numérica discreta

15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio se incluyeron a 107 personas pertenecientes a dos consultorios de Medicina familiar del centro de salud Enrique Ponce Luque.

En el estudio las tablas de la 1 a la 5 se relacionan las variables socio demográficas que corresponden al primer objetivo de estudio.

Tabla N° 1 Pacientes Distribución de pacientes hipertensos según el grupo de edades, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Grupo de edades	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
25 - 34 años	1	0.9
35 - 44 años	4	3.8
45 - 54 años	15	14
55 - 64 años	52	48.5
65 y más	35	32.8
Total	107	100

En la tabla N° 1 se distribuyó a los participantes según grupo de edades donde predominó las edades comprendidas entre 55-64 años con 52 (48.5%) de la población total de hipertensos.

En el estudio de Artacho Pino y colaboradores de la sociedad Andalucía de España, año 2012; donde ambos grupos muestran un predominio de más de 60 años, lo que es muy similar a los resultados del presente estudio (38).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, año 2015, en estudios similares en donde la población mayor a 60 años de edad representa alrededor del 9% en el Ecuador, además; plantea que la población mayor de 65 años tiene un mayor riesgo de hipertensión arterial (39).

En el estudio de Luis Segura, a partir de los 50 años, TORNASOL II, año 2018, se observa que las curvas de hipertensión arterial empezaron a incrementarse de forma marcada desde el 35% en la década de los 50, hasta un 56% en sujetos mayores de 80 años (40).

Tabla N° 2 Distribución de pacientes hipertensos según el sexo, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Sexo	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Masculino	43	40.2
Femenino	64	59.8
Total	107	100

En la tabla N° 2 se distribuyó a los participantes, en la que predominó el sexo femenino con un 59.8 % de la población hipertensa.

En el estudio de Rubí Reyna realizado en el hospital de Guayaquil Abel Gilbert Pontón,, año 2015; donde se muestra la prevalencia del 34% para el sexo femenino y el 38% para el masculino, lo que no se asemeja con el reciente estudio (41).

En un estudio de Luis Segura, nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas, año 2018; en donde la prevalencia a partir de los 65 años la curva femenina sobrepasa a la masculina, lo q concuerda con el presente estudio (40).

Tabla N° 3 Distribución de pacientes hipertensos según el nivel de escolaridad, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Estado Civil	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Ninguno	5	4.7
Primaria	23	21.5
Secundaria	25	23.3
Bachiller	39	36.5
Superior	15	14
Total	107	100

En la tabla N° 3 relacionada con nivel de escolaridad predominó el bachiller con 39 (36.5%) de la población hipertensa.

En el estudio de Kevin Andrés realizado en la ciudad de Babahoyo, año 2017; en donde un 75% del total de 237 pacientes, predomina la escolaridad secundaria, resultados que no son similares a los encontrados en el estudio. La población dónde se realiza el estudio se caracteriza por tener un nivel educacional medio (42).

Tabla N° 4 Distribución de pacientes hipertensos según el nivel de ocupación, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Nivel de Ocupación	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Amas de casa	32	29.9
Empleado publico	10	9.3
Empleado privado	22	20.6
Agricultor	19	17.8
Otras	10	9.3
Ningunas	14	13.1
Total	107	100

En la tabla N° 4 se relacionada con la ocupación predominó las amas de casa con 32 (29.9%) del 100% de la población adulta hipertensa.

Estudios similares de Diego Vanegas, realizado en una parroquia rural de la ciudad de Cuenca, año 2014; en donde predominan las ama de casa con un 46%, datos que concuerdan con el presente estudio (43).

Tabla N° 5 Distribución de pacientes hipertensos según el estado civil, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Estado civil	Hipertensos	
	Número	Porcentaje
Soltero	9	8.4
Casado	48	44.9
Divorciado	9	8.4
Viudo	21	19.7
Unión Libre	20	18.6
Total	107	100

En la tabla N° 5 distribución según estado civil en el estudio predominó los casados con un 48 (44.9%) de la población hipertensa.

En el estudio de Alejandro Machado realizados en Lima – Perú, año 2018; en una población de 310 pacientes, en donde predomina dentro de su estado civil los casados con el 54,5%, datos que se asemejan con el presente estudio (44).

Las tablas que se relacionan desde la 6 hasta la 15 corresponden al segundo objetivo del estudio.

Tabla N° 6 Distribución de pacientes según conocimientos de los hábitos tóxicos como factor de riesgo de la hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre el hábito de fumar y consumo de alcohol como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	38	35.5
No conoce	69	64.5
Total	107	100

La tabla N°6 la misma que representa a la población adulta hipertensa participantes según el desconocimiento de hábito de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas como factores de riesgo de hipertensión arterial, se identificó que el 64.5% de adultos hipertensos lo desconocían.

En los resultados realizado por Josep Rendón en Colombia, año 2015, en donde el conocimiento del hábito de fumar como factores de riesgo de hipertensión arterial solo el 30%, tienen conocimiento, con lo que se asemeja con el presente estudio (45).

Tabla N° 7 Distribución de pacientes según conocimientos del sedentarismo como factor de riesgo de la hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre el sedentarismo como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si Conoce	39	36.5
No conoce	68	63.5
Total	107	100

Según la tabla N°7 distribuciones según el conocimiento sobre el sedentarismo como factor de riesgo de la hipertensión arterial, en el estudio predominó con un 63.5% del total de la población hipertensa.

En la investigación de Josep Rendón realizado en Colombia, año 2015; en cuanto al conocimiento del sedentarismo como factores de riesgo de hipertensión arterial solo el 30% conocían, lo que demuestra que en nuestro estudio existe un desconocimiento sobre el sedentarismo como factor de riesgo (45).

Tabla N° 8 Distribución de pacientes según conocimientos sobre la dieta inadecuada como factor de riesgo de la hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre la dieta inadecuada como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	42	39.2
No conoce	65	60.8
Total	107	100

Según la tabla N°8 de la misma que representa a la población adulta hipertensa según el conocimiento sobre la dieta inadecuada como factor de riesgo de hipertensión arterial se encontró que, del total de los adultos hipertensos en estudio, 65 de ellos (60.8%) desconocían sobre este factor de riesgo.

En la investigación realizada por Edgar Segarra en Cuenca, año 2012; en la universidad de Cuenca, los resultados del conocimiento sobre la dieta inadecuada solo el 51% conocían, asemejándose a los resultados de este estudio (8).

Tabla N° 9 Distribución de pacientes según conocimientos de grupos étnicos como factor de riesgo de la hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre el grupo étnico como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	36	33.7
No conoce	71	66.3
Total	107	100

Según la tabla N°9 relacionada con el conocimiento sobre el grupo étnico como factor de riesgo de la hipertensión arterial, desconocían con 71 (66.3%) del 100% de la población adulta hipertensa.

Según resultados obtenidos en el estudio de Adriana Ávila en Brasil, año 2010; se demuestra un alto desconocimiento del grupo étnico como factor de riesgo de hipertensión arterial, lo que coincide con los resultados de este trabajo (46).

Tabla N° 10 Distribución de pacientes según conocimientos sobre antecedente patológicos familiares de hipertensión arterial, como factor de riesgo de la misma, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre antecedentes patológicos familiares como factor de riesgo de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	61	57.1
No conoce	46	42.9
Total	107	100

La tabla N° 10 la cual representa la población adulta hipertensa según conocimiento de antecedente patológico familiar de hipertensión arterial como factor de riesgo se encontró que, del total de hipertensos en estudio, 61 (57.1%) conocían sobre este factor de riesgo.

En el estudio de Tatiana Quiranza en Ibarra, año 2011; realizados a 104 pacientes, en donde el 74,4 % tienen conocimiento sobre los antecedentes patológicos familiares, lo que coincide con los resultados de este trabajo (47).

En el estudio de Cynthia Merino en San Lorenzo – Esmeralda, año 2014; realizados a 199 pacientes en donde el 73,37%, tienen conocimiento sobre los antecedentes patológicos familiares, lo que coincide con los resultados de este trabajo (48).

Tabla N° 11 Distribución de pacientes según el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre la hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible	Número	Porcentaje
Si conoce	38	35.5
No conoce	69	64.5
Total	107	100

En la tabla N°11 la cual representa la población adulta hipertensa en este estudio un 69 (64.5%) desconocían que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible.

En el estudio de María Lira en Chile, año 2015; los participantes tienen conocimiento sobre la hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible en un 43,8%, lo que coincide con los resultados de este trabajo (49).

Tabla N° 12: Distribución de los pacientes según el conocimiento de la sintomatología de la hipertensión arterial, del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre la sintomatología de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	25	23.3
No conoce	82	76.7
Total	107	100

La tabla N° 12 la cual representa la población adulta hipertensa según conocimiento sobre la sintomatología de la hipertensión arterial se encontró que, del total de adultos hipertensos en estudio un 82 (76.7%) desconocían sobre su sintomatología.

Según datos obtenidos por Fredy Bazaña en Guayaquil, año 2017; relazados a 44 pacientes el 74,6% de los participantes de su estudio conocen sobre los síntomas de la hipertensión arterial, datos que no concuerdan con los resultados de este trabajo (50).

Tabla N° 13: Distribución de pacientes según el conocimiento del diagnóstico de la hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre el diagnóstico de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	48	44.9
No conoce	59	55.1
Total	107	100

La tabla N° 13 indica la población adulta hipertensa según conocimiento sobre el diagnóstico de la presión arterial donde observamos que un 59 (55%) de los participantes desconocían sobre el mismo.

En el estudio de Luis Segura en Perú, año 2011; la población hipertensa tienen desconocimiento acerca de su diagnóstico el 44.9%, datos que no concuerdan con los resultados de este trabajo (40).

Tabla N° 14: Distribución de pacientes según el conocimiento de las cifras tensionales de la hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conoce las cifras tensionales de la hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	44	41.1
No conoce	63	58.9
Total	107	100

Según la tabla N°14 observamos en la población adulta hipertensa que las cifras tensionales de la hipertensión arterial un 63 (58.9%) del 100% de la población en estudio la desconocían.

Según el estudio de Alejos Mireylle en Lima – Perú, año 2017; realizados a 200 pacientes solo el 34.5%, los participantes conocen el valor numérico correcto, lo que coincide con los resultados de este estudio (51).

Tabla 15: Distribución de pacientes según el nivel de conocimiento de factores de riesgo sobre hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

Conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial	Número	Porcentaje
Si conoce	31	28.9
No conoce	76	71.1
Total	107	100

En la tabla N° 15 la misma que representa a la población adulta hipertensa según conocimiento de factores de riesgo de la hipertensión arterial, se observó que un 76 (71.1%) de pacientes en este estudio los desconocían.

En el estudio de María Lira en Chile, año 2015; Conocían sobre los factores de riesgos de hipertensión arterial en un 43,8%, lo que coincide con los resultados de este trabajo (49).

Según resultados obtenidos en el estudio de Susana Montes, Raúl Viquillón en un policlínico universitario José Martí Pérez de Santiago de Cuba, año 2016; en pacientes hipertensos donde tienen conocimiento general sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial en un 73.3%, datos que no concuerdan con los resultados de este trabajo (52).

La tabla 16 se relaciona con los componentes de la estrategia educativa que corresponden al tercer objetivo del estudio.

Tabla N° 16 Distribución de pacientes según componentes de la estrategia educativa de la hipertensión arterial, centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018.

ELEMENTOS DE LA ESTRATEGIA		N°	%
FORMA DE RECIBIR LA INFORMACIÓN	Charlas educativas	76	71.0
	Materiales didácticos	18	16.8
	Observando videos	9	8.4
	Talleres	4	3.8
	Total	107	100
FRECUENCIA	Una vez a la semana	1	0.9
	Cada 15 días	91	85.1
	Una vez al mes	15	14
	Total	107	100
DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	15 minutos	27	25.2
	30 minutos	21	19.7
	1 hora	59	55.1
	Total	107	100
NÚMERO DE PERSONAS	Solo	24	22.4
	Grupo 5 a 10 personas	21	19.7
	Grupo de 11 a 20 personas	62	57.9
	Total	107	100
MOMENTO DEL DÍA	Mañana	78	72.9
	Tarde	29	27.1
	Total	107	100

La distribución de la tabla N° 16 en cuanto a sus componentes de estrategia educativa observamos que los participantes les agradaría recibir la información con una aceptación del 71.0% mediante charlas, con una frecuencia es de cada 15 días caracterizado por un 85.1%, con disponibilidad de una hora con un 55.1%, número de personas de 11 a 20 personas con un 57.9% le querrían recibir la información por la mañana con un 72.9%.

Según estudio realizado por Fredy Bajaña Vargas “diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. Consultorios médicos 5 y 15. Centro de salud pascuales 2015-2016” resultados que tienen concordancia con este trabajo (50).

16 CONCLUSIONES

En el estudio predominan las edades entre 55 a 64 años, el sexo femenino, el nivel de escolaridad secundaria, la ocupación amas de casas y estado civil casadas.

En el estudio predomina el desconocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos tales como: El hábito de fumar y consumo de alcohol, el sedentarismo, la dieta inadecuada, el grupo étnico, la hipertensión arterial como enfermedad crónica no transmisible, sintomatología de la hipertensión arterial, diagnóstico de la hipertensión arterial, cifras tensionales de la hipertensión arterial; excepto el conocimiento los antecedentes patológicos familiares como factor de riesgo de la hipertensión arterial que si lo conocían.

Los componentes de la estrategia educativa están conformadas por charlas, de forma quincenal, un tiempo de una hora, grupos de 20 personas, en la mañana.

Se diseña una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo.

17 VALORACIÓN CRÍTICA

La presente investigación es de gran jerarquía y valor científico, el cual contribuye resultados significativos en cuanto al nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en adultos hipertensos del centro de salud Enrique Ponce Luque; ya que los Ríos es una de las cuatro provincias con mayor tasa de mortalidad en el Ecuador, por lo que no deja de ser también un problema a nivel mundial.

Se hace pertinente ejecutar una estrategia educativa para poder identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión, y así disminuir el nivel de complicaciones de esta enfermedad.

La investigación, durante la aplicación de la encuesta a los participantes hipertensos existió una buena colaboración y apoyo hacia el encuestador.

Se recomienda formalizar y extender la estrategia educativa; realizando una pesquisa del conocimiento sobre factores de riesgo en edades tempranas y adultos hipertensos sobre todo para evitar complicaciones que pueden dejar secuelas en su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Dr. Mauricio Gualpa Cuenca. Prevención de la hipertensión arterial y factores asociados en comerciantes del mercado del arenal cuenca. Universidad de Cuenca Facultad de ciencia médica. [Online]; 2014 Cuenca Disponible en:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21202/1/TESIS58.pdf>

2.- Cuenca DMG. Universidad de Cuenca Facultad de ciencia médica. [Online]; 2014 [citado el 25 de octubre 2017]. Disponible en: “<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21202/1/TESIS58.pdf>”

3.- Bryan Giuseppe, Monica Spiering. Pautas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Michel Azizi *European Heart Journal*, volumen 39, número 33, 1 de septiembre de 2018, páginas 3021–3104, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>. [citado 25 de agosto de 2018]

Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>

4.- Pragna Patel, Pedro Ordunez, Donald DiPette, María Cristina Escobar, Trevor Hassell, Fernando Wyss. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *RevPanam Salud Pública* [Online]. 2017; [citado el 25 de octubre 2017]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34004/TRAD-Ordunez-ARTI-dv.pdf?sequence=1&isAllowed=ySeries>

5. - DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Adherencia de los pacientes y resultados de tratamiento médico: un meta-análisis. *Medical Care*. [Online] 2002; 40(9):794-811. [Consultado 2011 Nov 21]. Disponible en:<http://journals.lww.com/lww medicalcare/Abstract/2002/09000/Patient>

6.- Bastos-Barbosa R, Ferriolli E, Moriguti J, Nogueira C, Nobre F, Lima N. Original Article. Treatment Adherence and Blood Pressure Control in Older Individuals with Hypertension. :636–41. [Online]; [Consultado 2011 Nov 21]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012005000054&lng=en&nrm=iso&tlng=ptM

- 7.- María José Armas de Hernández, La hipertensión en Latinoamérica Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 1, núm. 1, enero-marzo, 2006, pp. 10-17 Sociedad Latinoamericana de Hipertensión Caracas, Venezuela La hipertensión en Latinoamérica. [Citado 2006]; Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Hernandez_Hernandez/publication/237026004_La_hipertension_en_Latinoamerica/links/0c96053b69423b5d33000000/La-hipertension-en-Latinoamerica.pdf
- 8.- Edgar Segarra E. Manejo de la hipertensión arterial desde los servicios de atención primaria Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador, 15 de enero de 2012. [Online tesis doctoral] 2012; [Consultado 2011 Nov 21]; Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/383/329>
- 9.- Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2010 Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
- 10.- MSP (2011) Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial). Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9722/1/TESIS__Dra_Mariuxi_Due%C3%B1as20%20ABRIL%20%284%29.pdf
- 11.- Tobergte DR, Curtis S. Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 201253(9):1689– 99. [Online tesis doctoral] 2013; [Consultado 2011 Nov 21]; Disponible en: <https://es.scribd.com/document/242901447/Anuario-Nacimientos-y-Defunciones-2013>
- 12.- Dr. David Chiriboga A. MSP Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf
13. Galarza Armijos Mónica Eulalia. Factores de riesgo de hipertensión arterial: Prevalencia y análisis multivariable en los conductores en los conductores de taxis de

la ciudad de Cuenca – Ecuador, año 2014. [citado 12 de noviembre de 2015]. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25748/1/Galarza%20Armijo%20M%C3%B3nica%20Eulalia%20%20y%20otros.pdf>

14.- Lina Marcela Montoya. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [citado Junio 4 de 2007]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/679/67930202/>

15.- Estrada E. Ho T. Agudo J. Arias P. Capillas R. Gilbert E et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. Hipertens riesgo vasc. 2013. Publicado por elsevier España. [citado 2015 Jul 24];30(4):127-134. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183713000524?via=sd>

16.- Prado H. Rojas I. Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos la sabanita. Tesis ciudad bolívar-estado bolívar. Agot 2010;45. [citado 2015 Jul 18] Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2244/1/47%20Tesis.%20WG9%20P896.pdf>

17.-López J. Molina S. Coca A. Zanchetti A. Manual práctico LASH de diagnóstico y manejo de la HTA en Latinoamérica, España: Caduceo multimedia S,L; 2015[citado 2015 Jul 20].Disponible en: <http://www.documentoslash.org>

18.- Rodríguez R, Castillo A. Acosta T. Conde E. Conde A. Carrazana K. Estrategia intervencionista en pacientes hipertensos de los servicios médicos del Minint. Gaceta médica espirituana. 2012[citado 2015 Jun 03];10(1):20. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/viewArticle/601/423>.

19.- García R. Rivero L. Intervención educativa en pacientes hipertensos en un área de salud. Marzo 2009 Octubre 2010. Rev Cub de Car y Cirugía Cardiovascular. 2012; 18(3):157-161. Publicada por ECIMED. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewArticle/10>

20.- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional

de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, [citado 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>

21.- Achury D. Rodríguez S. Achury L. Padilla M. Leuro J. Martínez M et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Aquichán. 2013[citado 2015 Mayo 08];13(3):363-372. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300005&lng=en.

22.- López P. Sánchez A. Díaz M. Cobos L. Parra J. Lizcano F et al. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Revista Méd. [citado 2013] Jun; 21(1):113-135. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100012&lng=en.

23.- Galindo M. Mejía J. Ossa J. Restrepo L. Impacto de una intervención educativa sobre factores de riesgo para hipertensión arterial en grupos familiares del barrio la sultana de la ciudad de Manizales universidad de Manizales facultad de medicina centro de investigaciones artículo científico, Manizales, noviembre 2005. [citado 2015 Abr 12]. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/1466>

24.- Domínguez J. Dislipidemia y obesidad como factores asociados a la hipertensión arterial en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología y medicina interna del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) Ambato. [Trabajo de Investigación]Universidad Técnica de Ambato, en el período 01 de julio del año 2009 al 31 de enero del año 2010, Ambato –Ecuador Julio, 2011. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/913>.

25- OPS/OMS. La nueva situación epidemiológica de Ecuador. Revista informativa. 2014; Edición 7. No.32 pag 7-13.[revista en internet]. [Citado 2016 Nov]. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599&lang=en

- 26.- Gamboa A. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial Acta Médica Peruana [en línea] 2006, 23 (mayo-agosto): [Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015]. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96623206>>
- 27.- Martínez J. Bermúdez L. Cruz Z. Hipertensión arterial y auriculoterapia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 Oct 9];40(6). Disponible en: <http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/57>
- 28.- León M. Benet M. Mass L. Willians S. González L. León A. La hiperreactividad cardiovascular como factor predictivo de la hipertensión arterial en la mujer. Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado 2016 Oct 9]; 14(3):[aprox.10p.].Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3095>
- 29.- Veliz L Mendoza S. Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería universitaria, [revista en la Internet]. 2015, vol. 12, no 1, p. 3-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>
- 30.- Rodríguez M. Varela M. Rincón H. Velasco M. Caicedo D. Méndez F et al. Prevalence and Factors Associated with Adherence to Non-pharmacological Treatment of Hypertensive and Diabetic Patients at Low Complexity Services. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2015 Aug [cited 2016 Oct 23]; 33(2): 192-99. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06>.
- 31.- Rosas P. Palomo S. Borrayo G. Madrid A. Almeida E. Galván H et al. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, [revista en la Internet]. 2016, vol. 54, no S1, p. 6-51. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161b.pdf>
- 32.- Mora M. Estrategias Pedagógicas Utilizadas por Profesionales Vinculados al Equipo Territorial de Salud Pública de Usme para Abordar la Atención Primaria en Salud, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas, Instituto de Investigación en Educación Bogotá D.C. Colombia 2013. [Citado 2015 Ene 11]; Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/10784/>

- 33.- Molina D. Botero S. Esparza A. Barrera C. Morales N. Holguín M et al. Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una ips de la ciudad de Manizales. MÉD.UIS. [Citado 2016]; 29(2):59-70. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5754>
- 34.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2014. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. [Citado 2014]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- 35.- Veliz L Mendoza S. Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería universitaria, [revista en la Internet]. 2015, vol. 12, no 1, p. 3-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>
- 36.- Hernández M. García H. Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. RFM [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Sep 29] ; 30(2): 119-123. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000200004&lng=es
- 37.- Achiong F. Morales J. Acebo F. González Y. Abreu E. Vega O. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2013. Rev Med Electrón [Internet].2014[citado 2015 Jul 20];Marz-Abr;36(2):Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema06.htm>
- 38.- Artacho P. Prados J. Barnestein P. Aguiar C. Garcia A. Leiva F et al. Cumplimiento terapeutico en pacientes con hipertension arterial. Ha cambiado con el paso del tiempo. Med Fam Andal, (2012). 13, 95-106. [citado-5 febrero- 2015] Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v13n2.pdf#page=10>
- 39.- OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online]. 1978 [cited 2015 agosto10].Availablefrom: Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=190
04.

40.- Luis Segura Vega L, Agusti R, Ruiz Mori E, e investigadores de TORNASOL II. La hipertensión arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Rev Peru Cardiol. Enero-Abril 2011; 37(1):19-27. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v37n1/a3.pdf>

41.- Ruby Reyna, Universidad de Guayaquil, Hipertensión Arterial: Factores de Riesgo y Complicaciones en pacientes de 30 a 50 años. Atendidos en el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. [Citado 2014 – 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33823/1/CD1303%20GARCIA%20ORDO%20C3%91EZ%2c%20RUBY.pdf>

42.- Kevin Andrés, Universidad de Guayaquil, adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes de la consulta externa del hospital general Martín Icaza. [Internet] 2017 Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33057/1/CD%202053%20VASCO%20SILVA%20KEVIN%20ANDRES.pdf>

43.- Diego Vanegas, Universidad de Cuenca facultad ciencias médicas escuela de medicina. Conocimientos y prácticas en hipertensión arterial en personas que acuden al Subcentro de salud rural Tayuza-Morona Santiago. Cuenca-Ecuador [Internet] 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22779/1/TESIS.pdf>

44.- Alejandro Machado Núñez UNIVERSIDAD RICARDO PALMA Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla Lima – Perú [Internet] 2018. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/URP/1312/68%20GARAUNDO%20MEZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

45.- 11. Joseph Redon. Mejorando el conocimiento de la hipertensión arterial resistente: ¿qué es relevante? Rev Española Cardiol. 2014 [citado 2 dic 2014]; 67(4):251-3. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/mejorando-el-conocimiento-hipertension-arterial/articulo/90283549/>

- 46.- Adriana Ávila, concepción, epidemiología y prevención primaria. Bras.Nefrol. vol 32 supl.1 Sao Paulo sept. [citado 2010] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003
- 47.- Tatiana Quiranza. Universidad técnica del norte facultad ciencias de la salud escuela de enfermería, tema prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de etnia afro ecuatoriana en mayores de 20 años y la relación con las medidas de prevención y tratamiento en la comunidad de mascarilla durante el periodo de abril- noviembre 2011. 2014 [internet]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2184/3/TESIS%20PREVALENCIA%20DE%20HTA.pdf>
- 48.- Cynthia Merino. Pontificia universidad católica del ecuador facultad de medicina. Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre Hipertensión Arterial, además de su relación con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs población de pacientes no hipertensos, atendidos en el Centro de Salud Tipo C San Lorenzo-Esmeraldas durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014. 2014 [internet] Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8877/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 49.- María Lira, impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular [rev. med. clin. condes - 2015; 26(2) 156-163. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/277026724>
- 50.- Fredy bajaña, “diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. Consultorios médicos 5 y 15. Centro de salud pascuales 2015-2016” Guayaquil – Ecuador [citado 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7415/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-27.pdf>
- 51.- Alejos García, “Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos”. Lima – Perú 2017 [internet]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireyllle.pdf?sequence=3&isAllowed=y diagnostico

52.- *Dra. Susana Montes, **Dr. Raúl Viquillón Gómez, Intervención educativa para el control de la hipertensión arterial, Vol 4, No. 3, [citado 2016]. Disponible en: <http://www.revcaxito.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/177/151>

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente yo, _____ con C.I N° _____ manifiesto mi consentimiento para participar en la investigación: **“DISEÑO DE TRATEGIA EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS DE DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. AÑO 2018”** por mi libre y espontánea voluntad.

El investigador me ha informado en detalle los procedimientos aplicados en la presente investigación, y ha respondido todas las preguntas e interrogantes que le he planteado relacionadas con los beneficios y posibles riesgos de la investigación, así como con la obtención, procesamiento y análisis de la información, dejando claro que no recibiré beneficios económicos y que la información que proporcione será confidencial.

El investigador, me explicó los mecanismos a través de los cuales protegerá mi identidad y la información que yo le proporcione, desde la recolección de los datos hasta la publicación.

Firma de la participante

No de CI: _____

Firma del autor

No de CI: _____

ANEXO • 2 CUESTIONARIO

El presente cuestionario corresponde a la investigación “**Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018**”. Lea cuidadosamente las preguntas y responda con la mayor sinceridad posible. Agradecemos su colaboración.

Cód. _____

Lea correctamente cada pregunta y marque con una (X) su respuesta:

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____

2. Sexo:

1) _____ Femenino.

2) _____ Masculino.

3. Nivel de instrucción:

1) _____ Ninguna.

2) _____ Primaria.

3) _____ Secundaria.

4) _____ Bachiller.

5) _____ Superior.

4. Ocupación:

1) _____ Ama de casa.

2) _____ Empleado público.

3) _____ Empleado privado.

4) _____ Agricultor.

5) _____ Otras.

6) _____ Ninguna.

5. Estado civil:

- 1) ___ Soltero (a).
- 2) ___ Casado (a).
- 3) ___ Divorciado(a).
- 4) ___ Viudo (a).
- 5) ___ Unión libre.

6. ¿Conoce usted qué tomar bebidas alcohólicas y fumar son factores de riesgo para la hipertensión arterial?

- 1) ___ Si
- 2) ___ No
- 3) ___ No sabe o no contesta.

7.- ¿Conoce usted qué el no realizar ejercicios, caminatas es un factor de riesgo causa para la hipertensión arterial?

- 1) ___ SI.
- 2) ___ No.
- 3) ___ No sabe o no contesta.

8.- ¿Conoce usted dentro de su alimentación cuál de las siguientes opciones favorece a la hipertensión arterial?

- 1) ___ consumó bajo en sal, grasas, alto en frutas y legumbres.
- 2) ___ Consumó alto en sal, grasas y bajo en frutas y legumbres.
- 3) ___ No sabe o no contesta.

9.- ¿Conoce usted que ser de raza negra es un factor de riesgo de la hipertensión arterial?

- 1) ____ Conoce.
- 2) ____ No conoce.
- 3) ____ No sabe o no contesta.

10.- ¿Cree usted que tener familiares con hipertensión arterial es un factor de riesgo para esta enfermedad?

- 1) ____ Sí.
- 2) ____ No.
- 3) ____ No sabe o no contesta.

11.- ¿Conoce usted qué es la hipertensión arterial?

- 1) ____ Enfermedad crónica no transmisible.
- 2) ____ Enfermedad aguda transmisible.
- 3) ____ No sabe o no contesta.

14.- ¿Cree usted que la hipertensión es una enfermedad que no presenta síntomas?

- 1) ____ SI.
- 2) ____ No.
- 3) ____ No sabe o no contesta

12.- ¿Conoce usted sobre el examen para diagnosticar la hipertensión arterial?

- 1) ____ Mediante el examen clínico y la toma de la presión arterial.
- 2) ____ Revisión de exámenes de laboratorio.
- 3) ____ Revisión de radiografía de tórax.
- 4) ____ No sabe o no contesta.

13.- ¿Conoce usted a partir de que cifras se considera elevada la presión arterial?

- 1) ___ 140 sobre 90 mmHg.
- 2) ___ 160 sobre 95 mmHg.
- 3) ___ 130 sobre 85 mmHg.
- 4) ___ No sabe o no contesta.

15.- ¿Por qué medio le gustaría recibir información sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial?

- 1) ___ Charlas educativas.
- 2) ___ Materiales didácticos.
- 3) ___ Observando videos.
- 4) ___ Talleres.

16.- ¿Con que frecuencia a usted le gustaría recibir la información?

- 1) ___ Una vez a la semana.
- 2) ___ Cada 15 días.
- 3) ___ Una vez al mes.

17.- ¿Con qué número de personas desearía usted recibir la información?

- 1) ___ Sólo(a)
- 2) ___ Grupo de 5 a 10 personas
- 3) ___ Grupo de 11 a 20 personas

18.- ¿En qué momento del día estaría más cómodo para recibir información?

1) ___ Mañana.

2) ___ Tarde.

19.- ¿Cuál es el tiempo adecuado que dispone para recibir la información?

1) ___ 15 minutos.

2) ___ 30 minutos.

3) ___ 1 hora.

NEXO 3: PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

1.- Título de la estrategia

La efectividad de la promoción y prevención de salud enriquecen el conocimiento de la hipertensión arterial.

2.- Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Población Beneficiada: Centro de salud Enrique Ponce Luque.

Provincia: Los Ríos.

Cantón: Babahoyo.

Parroquia: Camilo Ponce.

Beneficiarios: Pacientes hipertensos mayores de 20 años de 2 consultorios.

Autor: Md. Moisés David Mendoza Franco.

Equipo técnico responsable:

Md. . Moisés David Mendoza Franco (Estudiante de postgrado de medicina familiar y Comunitaria).

Dr. Carlos Alberto Ladrón de Guevara (Tutor de tesis).

Ayudantes: Equipo Atención Integral de Salud y líderes comunitarios.

Frecuencias: 1 hora al mes.

Tiempo estimado: 6 meses.

3.- Introducción

La estrategia educativa tiende a ser abierta y flexible, ya que puede ser utilizada en forma individual y/o grupal para promover la salud, bajo una orientación de tipo aplicativa en la educación para la salud; enfocados hacia un aprendizaje cognitivo, que pueden generar cambios en las actitudes, creencias, valores, experiencias negativas en pacientes con hipertensión arterial, logrando disminuir las complicaciones propias de la enfermedad.

Además forma parte del proyecto internacional: Reordenamiento de los servicios para la atención de pacientes hipertensos, tiene su referente teórico en los aportes que brinda la guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, a fin de obtener una mejor atención, y adecuados control y tratamiento de los afectados; esta fue editada por la Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial y por un grupo de expertos, en el año 2006, y se tuvo en consideración toda la evidencia disponible, tanto en el orden nacional como internacional, una vez realizada una nueva revisión y actualización del tema (1).

El perfeccionamiento de la prevención y control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, por lo que debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos, así como la medida sanitaria que es la más importante, universal y menos costosa que existe para la disminución de sus complicaciones. Por lo tanto la importancia de ejecutar estrategias poblacionales con medidas de promoción y educación, dirigidas a la disminución de la presión arterial media en la población es fundamental (2).

La educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene como principal función la promoción de la salud, logrando a través de la comunicación establecer conocimientos hacia los pacientes, familias o comunidades. En la medida que se logra una comunicación efectiva el mensaje transmitido no solo es escuchado, sino que también comprendido y creído para iniciar un cambio.

Los métodos, medios de información y las técnicas que pueden emplearse para transmitir mensajes de salud y educación que relata la Organización Mundial de la Salud (OMS), pueden ser de dos formas. La primera es el método directo, de persona a persona, en el que, el agente de salud, es el principal comunicante. Y el método indirecto, en el que la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que derivan de otra fuente, por ejemplo, programas Televisión y de radio. Estos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz.

Según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el perfeccionamiento de la prevención y control de la presión arterial es un desafío trascendental para todos los países, por lo que debe establecer una prioridad de las instituciones de salud, los gobiernos y la población en general (3).

Mediante la estrategia educativa se puede conseguir que los adultos mantengan el conocimiento real de sus posibilidades, realicen proyectos, se reintegren en una sociedad de la que han sido radicalmente separados a raíz de un hecho cronológico.

4.- EL PROBLEMA

Justificación

Esta estrategia se ha declarado necesaria y útil debido a que la hipertensión arterial, se considera una epidemia que aqueja al 40% de los adultos en los países desarrollados, en la región de las Américas, con un 35% y en Ecuador ese porcentaje baja al 28 % de los adultos. Sin embargo los pacientes de 65 años en adelante su porcentaje es mucho más alto (4).

Induce a adquirir enfermedades cardiovasculares.

La hipertensión arterial lamentablemente no es curable, es por tal razón con un conocimiento adecuado, su respectiva adherencia al tratamiento y su control, mejoran su calidad de vida.

Llamada también el asesino silencioso es el factor de riesgo que más fallecidos causa en el mundo. Según la OMS.

Es asintomática, en ocasiones es descubierta en un control rutinario, puede provocar daños orgánicos antes de ser diagnosticada. Por eso es fundamental la prevención primaria.

Muy poca investigación, sabemos que los conocimientos son deficientes en cuanto al concepto de hipertensión arterial, factores de riesgo, sintomatología y complicaciones.

Misión

La estrategia educativa tiene como misión que el paciente se sienta comprometido a mejorar sus conocimientos y técnicas sobre salud, mediante las experiencias, contenidos, la prolongación de la expectativa de vida, mejoría en la calidad de vida y reducción de los costos del Ministerio de Salud Pública como de la familia.

Visión

Encaminados a que los pacientes con esta enfermedad puedan ser promotores de salud en su comunidad, ayudando a elevar el conocimiento y por lo tanto diagnosticar a tiempo la enfermedad.

.

A quién va dirigido

Esta estrategia va dirigido a toda persona de edad comprendida entre 20-64 años y más, diagnosticada de hipertensión (HTA) o que lleve un tratamiento farmacológico en el Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

5.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general:

Elevar el conocimiento sobre la hipertensión arterial elaborando una estrategia educativa en pacientes hipertensos de 20 años y más, de dos consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

Objetivos específicos:

Describir los signos, síntomas y diagnóstico de la hipertensión arterial, a los pacientes hipertensos de 20 años y más, de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

Explicar sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo, a los pacientes de 20 años y más, de dos consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

Principales aportaciones de la estrategia

- 1.- La estrategia anticipa las acciones preventivas y de detección temprana de la hipertensión arterial para disminuir el riesgo de la morbimortalidad.
2. Efectuar actividades dirigidas a la población general, para que adopte hábitos sanos, formando enfoques en el abandono del tabaquismo, incremento de la actividad física, seguir dieta equilibrada y evitar la obesidad.

6. Metodología

La estrategia de intervención educativa sobre la hipertensión arterial y factores de riesgo fue confeccionada a partir de una encuesta realizada a la población hipertensa en edades comprendidas entre 20 años y más; donde incluyeron las variables del

conocimiento de la hipertensión arterial, y la identificación de los factores de riesgo para esta enfermedad.

Para cumplir las acciones de la estrategia de intervención los 107 participantes serán distribuidos en grupos de 10 a 20 personas.

La estrategia será realizada en un tiempo de 5 meses.

Para poder cubrir el número total de los pacientes, se cogerán dos turnos como son en la mañana de 8 a 9 am y 10 a 11 am. Las reuniones tendrán un tiempo de duración de una hora, de forma quincenal, el tipo de actividad serán a través de charlas y videos. Además se determinará un espacio para desarrollar las actividades.

Se estimará un tiempo de una semana para la inscripción a los pacientes que no pudieron capacitarse durante el horario regular y se impartirá el módulo en una sola ocasión.

Técnicas

En este programa se van a usar distintos métodos y actividades pedagógicas según los módulos. Las técnicas utilizadas serán charlas mezcladas con actividades lúdicas y videos. Posterior a cada sesión se realizará retroalimentación de lo aprendido.

Además se estimulará a las participantes con la entrega de un certificado de asistencia.

7.- Desarrollo de la estrategia

Dirigidas específicamente al grupo de pacientes participantes, que acojan la estrategia como diseño para mejorar el conocimiento de hipertensión arterial.

Se les otorgara un folleto que será llenado con los datos personales, que deberán llevar; se realizaran varias sesiones, como la presentación y charla motivacional,

conceptos fundamentales de la hipertensión arterial, sus factores de riesgos, su sintomatología y diagnóstico.

Presentación y charla motivacional.

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsable	Técnica
Conocer y unir al grupo. Comprender que es la H.T.A.	Explicación de los Objetivos. Explicación sobre la HTA	Dos Sesiones	Una hora.	Power point.	Médico familiar.	Charlas.

8. Desarrollo de la Propuesta

Sesión 1

Presentación y charla motivacional.

Lugar: Centro de salud Enrique Ponce Luque.

Tipo de sesión: Grupal.

Métodos de enseñanza: Conferencias.

Duración: una hora.

Objetivos que se pretenden conseguir:

Conocer el desarrollo y temática del programa de educación.

Exponer algunos conceptos generales.

Estimular a los participantes a las próximas sesiones del programa.

Descripción:

La sesión empezara con la presentación del médico y de cada uno de los Participantes.

Se dará a conocer el desarrollo del programa y los temas a tratar en cada sesión.

Se dará una charla sobre conceptos generales de hipertensión arterial y luego se realizara el llenado del folleto.

Sesión 2

Conceptos fundamentales de hipertensión arterial.

Lugar: Centro de salud Enrique Ponce Luque.

Tipo de sesión: Grupal.

Métodos de enseñanza: Conferencias.

Duración: una hora.

Objetivos que se pretenden conseguir:

Conocer la definición de hipertensión arterial.

Descripción:

En esta segunda sesión se empezará dando lugar a una tormenta de ideas con preguntas como por ejemplo: ¿Qué es la hipertensión y qué importancia tiene su control?

Con una discusión grupal iremos anotando las ideas esenciales deseando llegar a un consenso en común. Con esto los participantes se darán cuenta desde el principio de lo que saben y lo que desconocen.

Después se colocara la presentación en Power point, la cual se abordara mediante una conferencia.

Como último paso a seguir, entre todos los participantes se corregirán las cosas apuntadas y de las diapositivas se pondrá lo correcto con una breve ilustración por parte del médico.

Se les agradecerá que hayan asistido, se les invitara a la próxima sesión, comentando lugar y fecha y nos despediremos.

Sesión 3

Factores de riesgo de la hipertensión arterial.

Lugar: Centro de salud Enrique Ponce Luque.

Tipo de sesión: Grupal.

Métodos de enseñanza: Conferencias.

Duración: una hora.

Objetivos que se pretenden conseguir:

Identificar los factores de riesgo modificables (características biológicas como son: Los antecedentes familiares, el sexo o la raza) y los no modificables (el peso, la actividad física, la alimentación, la ingesta de alcohol, consumo de tabaco).

Saber la jerarquía del control de los factores de riesgo modificable y no modificable para hipertensión arterial.

Motivar a los participantes a adoptar estilos de vida saludables

Descripción:

En esta tercera sesión empezara con técnicas participativas, lluvia de ideas se le invita a los participantes que sugirieran cuáles son los factores de riesgo y qué importancia tiene su control.

Después se pondrá una presentación en Power point, la cual comenzara a abordar sobre los principales factores de riesgo modificables y no modificables y los riesgos que producen para la salud.

Por último, entre todos se corregirán las cosas registradas y se pondrá lo correcto con una breve explicación por parte del médico.

Se les agradecerá que hayan asistido, se les invitara a la próxima sesión, Comentando lugar y fecha y nos despediremos.

Sesión 4

Sintomatología de la hipertensión arterial.

Lugar: Centro de salud Enrique Ponce Luque.

Tipo de sesión: Grupal.

Métodos de enseñanza: Conferencias.

Duración: una hora.

Objetivos que se pretenden conseguir:

Conocer que la hipertensión arterial es asintomática.

Conocer que la hipertensión arterial es llamada “enemigo silencioso”

Descripción:

En esta sesión se iniciara saludando a los participantes, realizaremos un resumen de la actividad anterior.

Luego dividimos al grupo en dos equipos, donde empezaremos con una lluvia de ideas acerca de la sintomatología de esta enfermedad; Con esto los participantes se darán cuenta desde el principio de lo que saben y lo que desconocen.

A continuación se pondrá una presentación en Power point, la cual se comenzara explicando que la gran mayoría de los pacientes con hipertensión arterial son asintomáticos.

Al finalizar la autora enfatiza la forma de reconocer los y síntomas con lo que concluyo dicha sección. Se precisa cuándo seria el próximo encuentro.

Sesión 5

Diagnóstico de la hipertensión arterial.

Lugar: Centro de salud Enrique Ponce Luque.

Tipo de sesión: Grupal.

Métodos de enseñanza: Conferencias.

Duración: una hora.

Objetivos que se pretenden conseguir:

Conocer el diagnóstico hipertensión arterial.

Conocer que el diagnóstico es a través del examen clínico y la toma de la presión arterial

Descripción:

En esta sesión se iniciara saludando y preguntando de manera breve como está el grado de aceptación hasta el momento el curso están de manera y se colocara la presentación en Power point, explicaremos como se diagnostica la hipertensión arterial.

Finalmente los motivaremos a seguir con los cambios de estilos de vida incorporados y le damos las gracias por haber participado en el programa.

PRESUPUESTO

Los recursos que van a ser obligatorios para llevar nuestras sesiones son:

Recursos Humanos:

Médico que se encargará de las sesiones del programa y del seguimiento en consulta de los participantes.

Recursos Materiales:

Sala del centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, y cerca de unas 20 sillas.

Folios y bolígrafos.

Cuestionarios.

Videos.

Recursos financieros:

Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

8.- Conclusiones

El uso de medios didácticos que faciliten el conocimiento de los temas expuestos servirá para mejorar desde el punto de vista individual. De esta manera existirá una respuesta favorable ante la prevención oportuna y adecuada de los factores de riesgo de la hipertensión arterial.

9. Bibliografía de la estrategia

1.- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 17-36. disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hta_cubana__version_final_2007revisada_impresa.pdf

- 2.- García R, Rodríguez S, Díaz P, Balcindes A, Londono A, Van der Stuyft.
Intervención cognitivo-conductual en ancianos hipertensos. Rev.
Finlay [Internet]. 2016 Mar [citado 2016 Sep 26] ; 6(1): 41-48. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100006&lng=es
- 3.- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Publica Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec>
- 4.- López J. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Acta Med Colomb, 2013, vol. 38, no 3, p.154-172. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n3/v38n3a11.pdf>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moisés David Mendoza Franco** con C.C: # **1204254211** autora del trabajo de titulación: **“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud enrique Ponce Luque. Año 2018”** previo a la obtención del título de **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17** de diciembre del 2018

f. _____

Moisés David Mendoza Franco

C.C: 1204254211



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	“Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018”		
AUTOR(ES)	Moisés David Mendoza Franco		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Carlos Alberto Ladrón De Guevara Gainza		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
TÍTULO OBTENIDO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	DE 17 de diciembre de 2018	No. PÁGINAS:	DE 92
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencia de la Salud, Medicina, Medicina Familiar y comunitaria		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Hipertensión arterial, atención primaria de salud, medicina familiar y comunitaria, factor de riesgo, estrategia educativa/ blood hypertension, primary health care, family and community medicine, risk factor, educational strategy.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: La hipertensión arterial debe ser considerada como un problema de salud prioritario a nivel mundial, la prevención es la medida más importante y menos costosa; su tratamiento se basa en actuar en los factores influyentes y disminuir la morbilidad y mortalidad. Materiales y Métodos: El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal con el objetivo de diseñar una estrategia educativa para identificar el conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión en una población de 107 pacientes de dos consultorios médicos del centro de salud Enrique Ponce Luque. Resultados: El grupo de edad que predominó fue de 55 a 64 años (48.5%), el sexo femenino 64 (59.8%), escolaridad bachiller (36.5%), ocupación ama de casa (29.9%), los casados (44.9%). Sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial se desconoce en un (71.1%), desconocimiento sobre el hábito de fumar y consumo de alcohol (64.5%), desconocimiento sobre el sedentarismo (63.5%), desconocimiento sobre la dieta inadecuada (60.8%), desconocimiento sobre el grupo étnico (66.3%), conocimiento sobre los antecedentes patológicos familiares (57.1%), desconocimiento como enfermedad crónica no transmisible (64.5%), desconocimiento sobre su sintomatología (76.7%), desconocimiento sobre su diagnóstico (55.1%), desconocimiento sobre sus cifras tensionales (58.9%). Los componentes de la estrategia recibieron la información mediante charlas (71.0%), cada 15 días (85.1%), una hora (55.1%), 11 a 20 personas (57.9%), por las mañanas (72.9%). Conclusiones: Existe un desconocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos lo que hace pertinente la elaboración de la estrategia educativa.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0959161923-052 971310	E-mail: drmoisesmendoza@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: Xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec.		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			