

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

TEMA:

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA AUMENTAR EL CONOCIMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS ASIGNADOS AL CONSULTORIO 1 DE MEDICINA FAMILIAR. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.

AUTOR:

BARROS GARCÍA FÉLIX EDUARDO

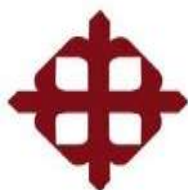
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

HUACÓN CASTRO NORMA DEL ROCÍO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Félix Eduardo Barros García, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

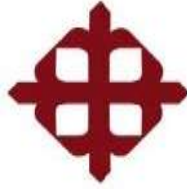
Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Norma del Rocío Huacón Castro

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Félix Eduardo Barros García

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación **“Diseño de una estrategia educativa para aumentar el conocimiento en pacientes hipertensos asignados al consultorio 1 de Medicina Familiar. Centro de salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.”**. Previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a 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 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Félix Eduardo Barros García



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

AUTORIZACIÓN:

Yo, Félix Eduardo Barros García

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 una estrategia educativa para aumentar el conocimiento en pacientes hipertensos asignados al consultorio 1 de Medicina Familiar. Centro de salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Félix Eduardo Barros García

REPORTE URKUND

URKUND

Original

Document information

Analyzed document: BARRON CARLOS FELIX EDUARDO.pdf (002783688)

Submitted: 2022-02-14 12:34:05.0000000

Submitted by:

Submitter email: felix.barron@ucsp.edu.ec

Similarity: 0%

Analysis address: <https://similarity.ucsp.edu.ec/analysis/urkund.com>



Sources included in the report

Agradecimiento

Quiero agradecer Dios, a mi familia, especialmente a mis padres: Eduardo y María Teresa por todo el amor y apoyo incondicional y permanente hacia a mí.

Dedicatoria

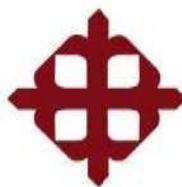
A Dios siempre.

Dedicado a mi familia por su apoyo en este largo trayecto, especialmente a mis padres Eduardo y María Teresa por brindarme su amor y fortalecer mi resiliencia.

Del mismo modo a mi esposa: Mercedes Belén y a mis hijos: Félix Eduardo y José Francisco, pues por el bienestar y futuro de ellos decidí afrontar este nuevo reto en mi vida profesional.

A mi suegro, Dr. José Encalada Orellana, quien siempre creyó y me apoyó.

A mis tutores de la Universidad: los Doctores: Batista, Aranda y Huacón por sus enseñanzas y predisposición hacia mí persona.



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

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: POSGRADISTA: FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR 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 LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN.....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1.INTRODUCCIÓN.....	1
2. EL PROBLEMA.....	2
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	2
2.2 FORMULACIÓN	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	3
3.1 GENERAL	5
3.2 ESPECÍFICOS.....	3
4. MARCO TEÓRICO.....	4
4.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	6
4.2 FISIOLÓGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	9
4.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	10
4.4 HIPERTENSIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	11
4.5 FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN	11
4.6 MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL.....	13
4.7 GUÍA PARA LA ANAMNESIS DEL PACIENTE HIPERTENSO.	14
4.8 GUIA PARA EL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE HIPERTENSO.....	14

4.9 RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN Y MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	17
4.10 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	19
5. METODOLOGÍA	27
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	27
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	27
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	27
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	27
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	29
5.6 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DE ESTUDIO	29
5.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
5.6.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN.....	28
5.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	29
5.8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
5.9 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	30
6. VARIABLES.....	31
6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
8. DISCUSIÓN.	39
9. CONCLUSIONES.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Distribución de variables y tipo de técnica	44
TABLA 2: Operacionalización de variables... ..	46
TABLA 3: Clasificación de los colaboradores hipertensos según grupo etarios	49
TABLA 4: Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo al género	49
TABLA 5: Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo al empleo	50
TABLA 6: Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo a la escolaridad.....	50
TABLA 7: Clasificación de la población de hipertensos según el estado civil,	51
TABLA 8: Clasificación de los colaboradores hipertensos según el conocimiento.....	51
TABLA 9: Clasificación de los colaboradores hipertensos en base al tipo de técnica educativa.....	52
TABLA 10: Clasificación de los colaboradores hipertensos según frecuencia de las actividades educativas.....	52
TABLA 11 Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo a el horario de actividades educativas.	53
TABLA 12 Clasificación de los colaboradores hipertensos conforme a la duración de actividades educativas.....	53
TABLA 13: Clasificación de los colaboradores hipertensos según el lugar para el desarrollo de actividades educativas.....	54
TABLA 14: Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo a la dimensión de equipos para el progreso de las tareas educativas.	54

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Estrategia educativa.....	64
ANEXO 2: Consentimiento informado	70
ANEXO 2: Cuestionario sobre hipertensión arterial... ..	71

RESUMEN

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud detalla la presión arterial alta a manera de un trastorno que produce una tensión arterial que persiste o supera los 140/90 mmHg. La tensión vascular elevada es una gran preocupación de salud pública a nivel mundial. Las complicaciones de esta patología son: enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo.

Métodos:

Estudio observacional, de tipo prospectivo transversal en 110 usuarios hipertensos correspondientes a una colectividad de 20 a 64 años, que asistieron al consultorio 1 de Medicina Familiar del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. La encuesta fue elaborada por el autor de la investigación para cuantificar el nivel de conocimientos acerca de hipertensión vascular y plantear una estrategia educativa.

Resultados: La principal categoría etárea es de 45-49 años de edad con 35 pacientes equivalente a un 21 %. Predominó el sexo femenino en 71 pacientes con un tasa del 65 %. En cuanto a la variable ocupación, es necesario indicar que el 40 %, se dedica a labores domésticas en el hogar. La escolaridad que predominó fue: secundaria con 55 pacientes para un 50 %. Menos de la mitad hipertensos encuestados conocen parcialmente la definición de hipertensión arterial, sintomatología y complicaciones, en 43 pacientes para un 39 %. La población analizada desea aprender y conocer más sobre la hipertensión arterial, preferiblemente por charlas y videos, una vez al mes y preferiblemente en el centro de salud y en la mañana.

PALABRAS CLAVE: ESTRATEGIA EDUCATIVA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONOCIMIENTO, ADULTO MAYOR

ABSTRACT

Background: The World Health Organization lists high blood pressure as a disorder that produces blood pressure that persists or exceeds 140/90 mmHg. High vascular pressure is a major public health concern worldwide. The complications of this pathology are: cardiovascular diseases and cerebrovascular accidents, renal deficiency, blindness and cognitive deterioration.

Methods:

Observational, cross-sectional prospective study in 110 hypertensive users corresponding to a group of 20 to 64 years old, who attended the Family Medicine office 1 of the Bastión Popular Type C Health Center. The survey was prepared by the author of the research to quantify the level of knowledge about vascular hypertension and propose an educational strategy.

Results: The main age category is 45-49 years old with 35 patients equivalent to 21%. The female sex predominated in 71 patients with a rate of 65%. Regarding the variable occupation, it is necessary to indicate that 40% is dedicated to domestic work in the home. The schooling that prevailed was: secondary with 55 patients for 50%. Less than half of the hypertensive respondents partially know the definition of arterial hypertension, symptoms and complications, in 43 patients for 39%. The analyzed population wishes to learn and learn more about arterial hypertension, preferably through talks and videos, once a month and preferably in the health center and in the morning.

KEY WORDS: EDUCATIONAL STRATEGY, ARTERIAL HYPERTENSION, KNOWLEDGE, ELDERLY

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud describe a afecciones crónicas intransferibles como "enfermedades de larga duración y a menudo, de progresión lenta" que no se transmiten entre seres humanos; representan una gran preocupación de salud a nivel mundial del siglo XXI y suponen una pesada carga para los regímenes de salud de todo el mundo.

La hipertensión arterial es una alteración grave que acrecienta en gran medida el compromiso de enfermedad cardíaca, enfermedad cerebral, enfermedad renal y otras afecciones. Se calcula que 1130 millones de seres humanos del mundo tienen presión arterial elevada, y de estos en un 75 por ciento subsisten en jurisdicciones en desarrollo (1).

La tensión arterial alta se especifica como el margen de presión arterial al que las fortalezas de las indicaciones (ya sea por controles de la forma de vivir o terapia con medicamentos) superan claramente los riesgos según los resultados de los estudios clínicos. La presión arterial elevada se especifica como una tensión vascular sistólica homónima o mayor a 140 mmHg o una tensión circulatoria durante la relajación del ciclo cardíaco, cuyo valor es de igual o mayor 90 mmHg medidas en forma ambulatoria en una unidad de salud. (2).

Esta exposición tiene como objetivo promover actividades para mejorar el nivel de conocimiento y control de esta enfermedad, a través de una técnica educativa que permita enseñar un concepto claro de la hipertensión arterial y su importancia.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Se justipreció América Latina (incluido Ecuador), proporciones que fluctúan entre el 20 y 35% de los ciudadanos tiene hipertensión arterial y los pacientes hipertensos solamente la mitad saben que padecen de este padecimiento y una porcentaje importante de pacientes tratados por hipertensión arterial incumplen las metas de control (presión arterial inferior a 140/90 mmHg), ampliando el riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular a corto y mediano a largo plazo (OPS/OMS, 2014) (3).

La hipertensión arterial no es una alteración, porque no responde a un concepto unificado de etiología o Fisiopatología. Tampoco es un síndrome, ya que no puede describirse como un conjunto de signos y síntomas, pues además de la hipertensión arterial elevada, el daño vascular puede ser consecuencia de otras condiciones fisiopatológicas. Por lo tanto, existe consenso en indicar la hipertensión es un coeficiente de eventualidad vascular(4).

La tensión vascular elevada es el coeficiente de riesgo esencial de las alteraciones cardiocirculatorias, primera causa de muerte en el Ecuador Según los datos de la encuesta STEPS, “método paso-a-paso de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo (FR) para las enfermedades crónicas no transmisibles”, se valúa que al menos el 20% del censo mayor a 19 años tiene presión arterial alta en el Ecuador. Contrastando la Situación de salud de la unidad operativa, la comunidad hipertensa representó el 30% del total de pacientes. El desconocimiento de la patología, los factores de riesgos y complicaciones así como el déficit educativo de nuestra población acerca de la hipertensión; Tal vez sean las causas. Por lo antes descrito, es necesario modificar el criterio de los usuarios con una intervención educativa que permita mejorar los indicadores de morbimortalidad de la hipertensión arterial y prevenir las complicaciones crónicas de la misma, las cuales repercuten en una sociedad enferma y menos productiva.

2.2 Formulación

¿Qué parámetros se deben tener en cuenta en una intervención docente para incrementar el nivel de conocimiento de los participantes entre 20 a 64 años de edad del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Consultorio 1 de Medicina Familiar 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

- Diseñar una estrategia para ampliar el conocimiento de presión arterial elevada en usuarios entre 20 a 64 años, del consultorio de Medicina Familiar del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C 2021.

3.2 Específicos

- Identificar la población de estudio según aspectos sociodemográficas.
- Establecer el nivel de conocimiento sobre los coeficientes de riesgo, síntomas, complicaciones y tratamiento en la población de estudio.
- Identificar los componentes para el diseño de la estrategia educativa.
- Elaborar una estrategia formativa para ampliar el conocimiento sobre la presión alta en el Centro citado.

4. MARCO TEÓRICO

Marco conceptual. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las afecciones cardiocirculatorias son las primordiales responsables de enfermedad y defunción en los adultos de los estados avanzados y emergentes. Las enfermedades cardiovasculares muestran una variedad de formas clínicas y son los componentes predisponentes que conduce a la aparición temprana, incluida la gravedad, y tienen una influencia directa en la morbimortalidad de los usuarios (5). Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre ellas las de origen vascular provocan daños estructurales en los vasos sanguíneos, las cuales se consideraría como las principales competencias y preferencias de los regímenes sanitarios de la mayoría de estados avanzados y de las que están en proceso de mejora. Las enfermedades vasculares constituyen un grupo de patologías con un denominador común de afectación arterial, caracterizadas por cambios en la función, morfología y anatomía del endotelio capilar, anomalías que finalmente derivan en enfermedad vascular, arteriosclerosis y lesiones, desgaste del endotelio, formación, y de aterosclerosis, predominio de placa dentro de la arteria y su. Las siguientes enfermedades están incluidas en este grupo; corazón: infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, isquemia miocárdica, cerebrovasculares: oclusión de la arteria cerebral y accidente isquémico transitorio y hemorragias renales: contención de líquidos y toxinas nocivas, y padecimientos arraigados crónicas de origen arterial, hipertensión arterial, diabetes, gordura y demás (5).

La organización mundial de la salud (OMS) describe a la presión arterial elevada de esta forma; una alteración que causa tensiones vasculares constantes, similares o encima de 140/90 mm Hg. La presión arterial alta es un conflicto sanitario, oficial, global y desafiante. El incremento de la hipertensión arterial es multifactorial, a causa de la herencia, el linaje y el género, inclusive el sufrimiento de afecciones de biotransformación como diabetes e hiperlipidemias e implícitamente componentes de probabilidad como la utilización de alcohol, cigarro y vida sedentaria (6).

Figura 1: Categorización de la tensión arterial calculada en consulta y aclaración de los Rangos de tensión arterial elevada.

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	menor a 120	y	menor a 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	mayor o igual a 180	y/o	mayor o igual a 110
HTA sistólica aislada	mayor o igual a 140	y	menor a 90

Fuente: Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de hipertensión (ESH), sobre la determinación y medicación de la tensión arterial 2018.

Esta definición se fundamenta en las demostraciones de verificaciones controladas aleatorias (VCA) que indican que es productivo tratar a los beneficiarios con estos niveles de tensión arterial. La misma clasificación se utiliza para jóvenes adultos, adultos maduros y adultos mayores, entre tanto que para niños y adolescentes se aplican otros criterios basados en porcentajes.

La clasificación por etiología tuvo en cuenta los siguientes factores:

- Hipertensión arterial esencial o primaria: 85-90% de los casos. Se desconoce que muchos factores como la adiposidad, el sedentarismo, el consumo nocivo de alcohol, el tabaquismo, entre otros, contribuyen a ello. Se necesita un tratamiento de por vida para este tipo de presión arterial alta, con modificaciones relevantes en el modo de vida.
- Hipertensión arterial secundaria: 10-15 % de los casos. Por lo general, es causado por una malformación de las arterias, los riñones o la aorta; y problemas hormonales (médula cortical o suprarrenal, glándula pituitaria, glándula tiroides, etc.) Más comunes en niños y adultos jóvenes, y en muchos casos "curables", tratando el problema (7).

4.1 Epidemiología de la hipertensión arterial.

En general, la hipertensión en adultos es de aproximadamente 30-45%, con una prevalencia ajustada por edad ajustada a nivel mundial, entre ambos sexos que varía entre 20 y 24 % en 2015. La preeminencia de la presión arterial alta es similar en todo el mundo, independientemente de los ingresos entre países, es decir, en países de ingresos bajos, ingresos medianos: bajo o ingreso alto. La tensión vascular elevada aumenta usualmente en los viejos y supera el 60% en pacientes añosos de 60 años. Con la senectud poblacional, adoptan alguna forma de vida más estática y aumentan su pesaje, la prevalencia de la presión arterial alta se extenderá a nivel global. Se estima que para el año 2025, la cuota de personas con hipertensión intensificará en un 15-20% en 2025, y rebasará los 1.500 millones (2).

Tras un estudio sobre la frecuencia de presión arterial elevada y sus factores agregados en la Comunidad Valenciana entre 16 a 90 años, análisis univariado para preciar la relación de variantes sociodemográficas de hipertensión arterial se determinó lo siguiente: la frecuencia de hipertensión arterial se relacionó a favor ($p < 0,001$) con el conjunto etario, ampliando considerablemente el odds ratio comenzando en 45 años (48,5%; OR 7,9, IC95% 4,0-15,4) y especialmente hacia el grupo de tercera edad (77,6%; OR 29,0, IC95% 14,1- 59,5), el grado educativo, con un superior odds ratio con un porcentaje de probabilidades más altas para aquellos con menor educación (57,3%; OR 4,8, IC95% 2,6-8,9) y desocupado (45,3%; OR 1,90, IC95% 1,4-2,5) (8).

La educación conservó una relación inversa, ya que a mayor cifras de tensión arterial alta los usuarios con hipertensión tuvieron menos categoría escolar (primaria completa o incompleta), los resultados son semejantes al de un artículo ejecutado en Latinoamérica en el cual la prevalencia de hipertensión arterial se amplificó del 19% en personas con bajo nivel de ilustración a 50% en iletrados (9).

Los adultos mayores viudos o que viven solos tienen un peor control general de su presión arterial y enfermedades de base, así como hábitos de vida saludables (10).

El nivel de comprensión sobre presión arterial elevada en usuarios presión arterial elevada que asistieron al chequeo médico del Sanatorio Cayetano Heredia (Perú), fue bajo (52.5 en comparación con la población estudiada, puede estar relacionado con el nivel educativo, ya que la mayoría de los encuestados solo terminó la secundaria superior 29.5%, y dedicados al hogar 46%, lo que indica que a menor nivel educativo, menor son las medidas de prevención, ya sea por desconocimiento o por la economía de acceso a la salud (11).

El estudio CARMELA (la Evaluación Múltiple de Factores de Riesgo Cardiovascular en América Latina), valoró a 11.550 personas de uno y otro género de 25 y 64 años que fueron elegidos oportunamente de la población habitual en siete grandes urbes de Latinoamérica: México Distrito Federal en México, Barquisimeto en Venezuela, Bogotá, Distrito Capital en Colombia, San Francisco de Quito en Ecuador, Lima en Perú, Santiago en Chile y Buenos Aires en Argentina. Tuvo como objetivo cuantificar la prevalencia de los coeficientes de contingencia cardíaco-vascular y la ubicación del grosor íntimo medio del tabique distante de la carótida primitiva, en las personas de aquellas urbes. CARMELA es un estudio basado en la observación, de corte transversal, de valor incorporado, realizado esencialmente por galenos laboriosos con experiencia clínica, integrados en una red del continente americano. La magnitud del estudio, su metodología de tipo estratificado de fases múltiples y su estricto proyecto y desarrollo produjeron valoraciones y SERIAS Y sólidas en las siete localidades, y así evitar el desorden en las cotejos universales de conflicto debido a la diversidad por las diferentes publicaciones con respecto al grupo de edad incluidos y otros puntos finales (12).

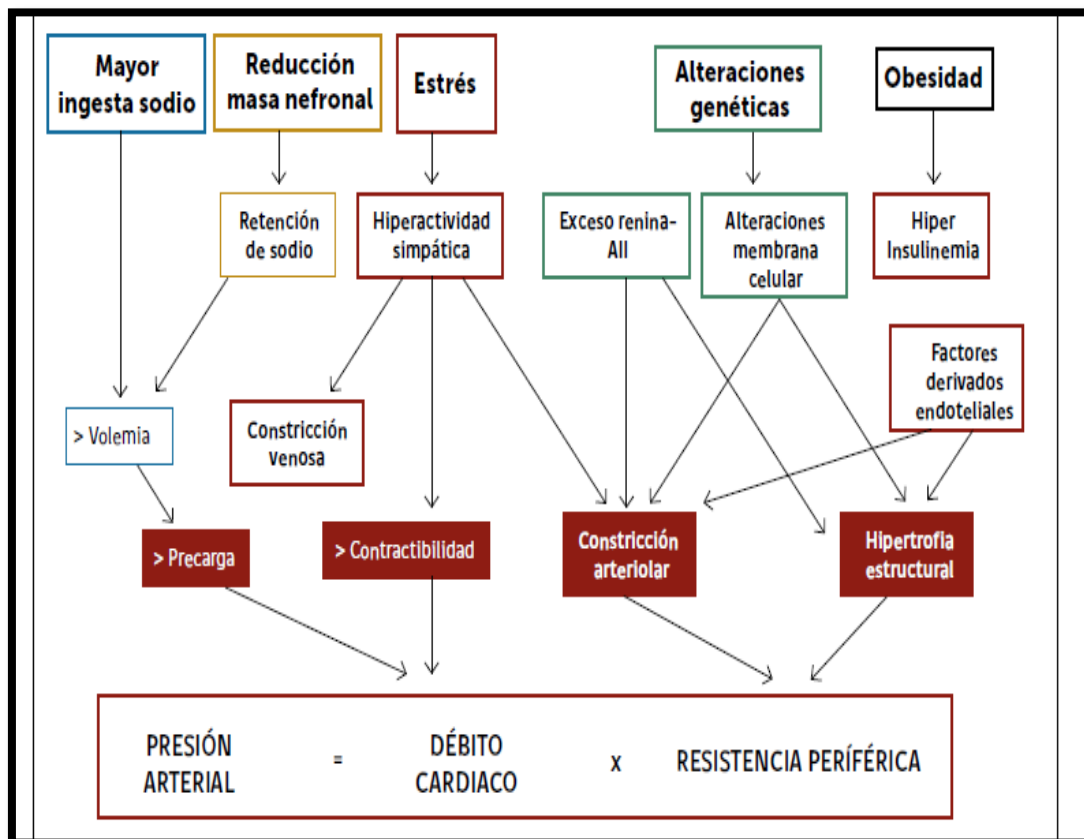
En América latina se han informado tasas de prevalencia que van del 8% en la República del Ecuador y el 40% en la República Federativa de Brasil. Estas cifras en el estado ecuatoriano, son equivalentes a las reportadas en el año 2012 por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, con un 9,3% y habitual en personas de 50-59 años. La incidencia de hipertensión arterial varía según la zona, no obstante se documentó una tasa global del 31,1%. En

Hispanoamérica, la Evaluación Múltiple Componentes de Riesgo Cardiocircular en Latinoamérica obtuvo la frecuencia de hipertensión arterial en la ciudad de Buenos Aires-Argentina, con un 29% siendo la mayor de la zona. Por otro lado, en el Distrito Metropolitano de Quito-Ecuador, coexistió del 8,6%, lo cual resulto ser la mínima entre las 7 ciudades citadas, entre tanto que otra artículo de corte transversal consumado en la localidad de Cuenca, el 25,79% presentaba hipertensión arterial. El pronóstico de una pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles es a un ritmo alarmante, actualmente es el principal génesis de mortalidad mundial, afectando principalmente a los países en progreso. Esto se debe a un estilo de vida occidental cada vez más difundido a nivel planetario, caracterizado por cambios en la nutrición, sedentarismo, consumo de tabaco y factores estresantes psíquicos o socioeconómicos, los cuales se potencializan para desarrollar hipertensión arterial. Se necesitan datos locales para poder conocer su comportamiento epidemiológico (13).

4. 2 Fisiología de la Presión Arterial

La tensión arterial que forma la sangre en las paredes arteriales corresponde a la presión arterial y está delimitada por el resultado de dos factores: el egreso cardíaco y la fuerza contigua sistémica. El consumo cardíaco obedece a la constricción del miocardio y masa torácica. La contribución de la periodicidad del corazón en el gasto precordial es pequeña excepto cuando se halla en un nivel elevado. A su vez, la resistencia periférica depende de la fuerza arterial y de las particularidades orgánicas de las paredes arteriales. (Figura 2) (14).

Figura 2. Regulación de la presión arterial

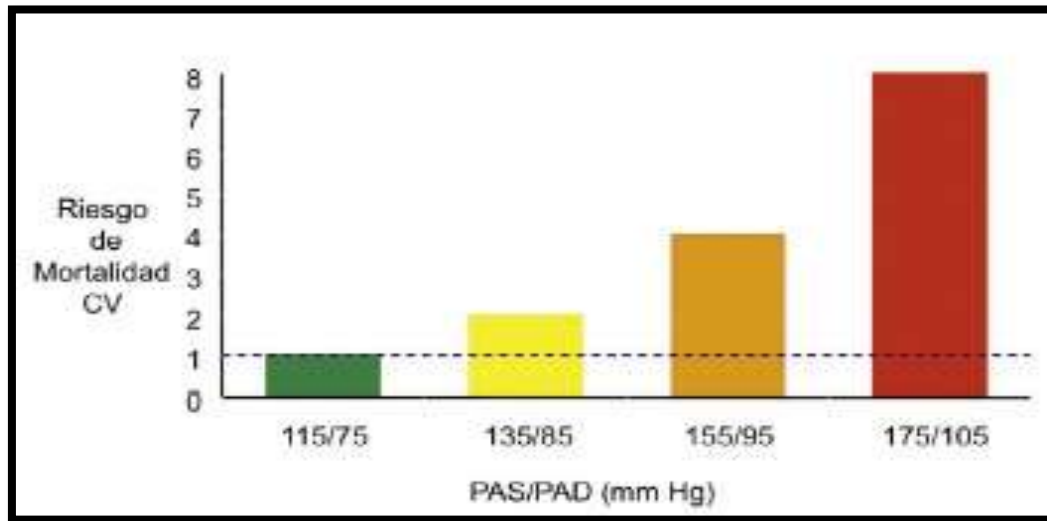


Fuente: Un ensayo aleatorizado de control intensivo de la presión arterial frente a control standard. The New England Journal of Medicine, 373 (2015), págs. 2103-2116.

La medida superior de la tensión durante el período de contractilidad del ciclo cardíaco se denomina como presión arterial sistólica y depende fundamentalmente del egreso del corazón y la elasticidad de la aorta y magnas arterias. En cambio, el cálculo inferior en la fase de la etapa de distensión de duración cardíaca, se conoce como tensión arterial diastólica y a su vez depende esencialmente de la resistencia periférica (13).

La presión arterial es un parámetro biopsicosocial, que de acuerdo a la simbiosis entre factores intrínsecos y externos interviene sobre las personas, por ende es variable de acuerdo a su estatus actual de salud física y mental. Pero es menester destacar la correlación directamente proporcional entre el aumento de la tensión circulatoria y riesgo cardiovascular, el cual también se incrementa. Así que según ilustraciones de epidemiología, el valor recomendable de presión arterial estaría en 115/75 mmHg. (Figura 3) (14).

Figura 3. Riesgo de mortandad cardiocircular según presión arterial.



Fuente: Diagnóstico de hipertensión arterial Rev. Med. Clin. Condes - 2018

4.3 Fisiopatología

la presión arterial es un guía colateral de la salud cardiocirculatorio y es consecuencia del descargo precordial (en las fases de contracción y relajación); además del sistema de automatización sistema renina-angiotensina que consiste en un complejo sistema hormonal por el cual la proteína catalizadora angiotensina y se transforma en angiotensina ii, la cual provoca resultados sobre los receptores nerviosos α_2 , a nivel venoso, incitando a la contracción vascular; en el hipotálamo produce la hormona vasopresina que ayuda a regular la cantidad de líquido en el organismo; y a nivel renal sistematiza el índice de permeabilidad de los glomérulos a través de la contracción vascular de los vasos sanguíneos que suministran y drena sangre de la nefronas (15).

4.4 Hipertensión y valoración del riesgo cardiocircular general.

La hipertensión arterial se asocia asiduamente con componentes de contingencia, entre los cuales están: la concentración prominente de grasa (colesterolemia, triacilgliceroles o entrambos) y los trastornos de los metabolismos de la glucosa la mixtura de estos 2 dos factores trasformadores poseen un efecto grave sobre el riesgo cardiocirculatorio. Por lo tanto, cuantificar el riesgo precordial-circulatorio (la posibilidad de que un sujeto avance hasta un accidente cardiaco- circulatorio en un lapso fijo) es trascendental dentro de la selección y clasificación de las personas con enfermedad cardiovascular y presiona arterial elevada (2).

El sistema SCORE (Evaluación sistemática del riesgo coronario) (Figura 4), estima el riesgo a una década de la primer obstáculo aterosclerótico letal, por anos, genero, hábito tabáquico, niveles lipídicos totales y la tensión arterial sistólica. El sistema SCORE también se utiliza para la evaluación del riesgo cardiovascular en Europa y ha sido certificado externamente. En el pasado, el método SCORE, era de uso exclusivo para pacientes de un grupo etario entre 40 y los 65 años, pero actualmente se ha acondicionado para pacientes seniles. Usuarios con hipertensión arterial con ECV (enfermedad cardiovascular) fundamentada incluida los trastornos ateroscleróticos no significativos descubiertos por medio de imágenes, diabetes mellitus insulino y no insulino dependientes, factores de riesgo particulares graves (hipertensión arterial de nivel 3) o enfermedad renal crónica (ERC) (etapas 3-5), son de muy alto peligro ($\geq 10\%$ de mortalidad por ECV) o alto riesgo cardiovascular (5-10% de muerte por evento cerebro vascular) en 10 temporadas (tabla 5). Estos sujetos no solicitan una apreciación juiciosa del compromiso cardiovascular para prescribir la terapéutica necesaria para hipertensión arterial y de otros aspectos de riesgo cardiocirculatorio 16).

Coexisten regeneradores absolutos (tabla 3) y regeneradores específicos del compromiso del corazón y aparato circulatorio, los cuales son específicos de las persona con tensión arterial alta El regulador de riesgo cardiocirculatorio es trascendente en niveles de compromiso leve-moderado y especialmente para individuos con problemas intermedio, donde el regulador de riesgo puede

trocar el riesgo promedio a alto e intervenir en las medidas terapéuticas de acuerdo con los coeficientes de probabilidad. (16).

Figura 4

Grados de riesgo Cardiovascular a 10 años (SCORE)

Riesgo muy alto	<p>Sujetos en alguna de las siguientes situaciones</p> <p>Enfermedad CV clínica o en pruebas inequívocas de imagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad CV clínica incluye IAM, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria o a otro nivel, ictus, AIT, aneurisma de aorta y enfermedad vascular periférica • Enfermedad vascular inequívoca en pruebas de imagen incluye placas ateromatosas significativas (estenosis $\geq 50\%$ en una angiografía o ecografía) y no incluye aumento del grosor íntima-media • Diabetes mellitus con enfermedad de órgano diana, p.ej. proteinuria o con un factor de riesgo CV principal como HTA grado 3 (PA $\geq 180/110$ mmHg) o hipercolesterolemia • ERC grave, FGe < 30 mL/min/1,73 m² • SCORE calculado a 10 años $\geq 10\%$
Riesgo alto	<p>Sujetos en alguna de las siguientes situaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevación grave de un factor de riesgo CV aislado, especialmente, colesterol > 310 mg/dL, hipercolesterolemia familiar, o HTA grado 3 (PA $\geq 180/110$ mmHg) • Diabetes mellitus sin enfermedad de órgano diana, salvo pacientes jóvenes con diabetes tipo 1 sin factores de riesgo CV asociados que quizás presenten riesgo moderado • Hipertrofia ventricular izquierda • ERC moderada, FGe 30-59 mL/min/1,73 m² • SCORE calculado a 10 años 5-10%
Riesgo moderado	<p>Sujetos en alguna de las siguientes situaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • SCORE calculado a 10 años $\geq 1-5\%$ • HTA grado 2 (PA 160-179/100-109 mmHg) • La mayoría de los sujetos de edad media pertenecen a esta categoría
Riesgo bajo	<p>Sujetos con</p> <ul style="list-style-type: none"> • SCORE calculado a 10 años $< 1\%$

FUENTE: Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de hipertensión (ESH), sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial 2018.

FIGURA 5 Reguladores del riesgo que amplifican el compromiso cardiocirculatorio evaluado por medio del método SCORE.

Obesidad (medida por el IMC) y obesidad central (medida por la circunferencia de cintura)
Inactividad física
Estrés psicosocial, incluido el cansancio vital
Antecedentes familiares de ECV prematura (ocurrida antes de los 55 años en varones y de los 65 años en mujeres)
Trastornos autoinmunitarios y otras alteraciones inflamatorias
Trastornos psiquiátricos mayores
Tratamiento para la infección del virus de la inmunodeficiencia humana
Fibrilación auricular
Hipertrofia ventricular izquierda
Enfermedad renal crónica
Síndrome de apnea obstructiva del sueño
ECV: enfermedad cardiovascular; IMC: índice de masa corporal.

FUENTE: Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de hipertensión (ESH), sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial 2018.

4.5 Factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial

El déficit en el grado educativo se vinculó de forma autónoma con riesgo de presión arterial alta. Por esta razón, es necesario considerar la tasación de los elementos de riesgo psicosocial, a través de entrevista clínica o interrogatorios generalizados, para reconocer potenciales obstáculos p con la meta de modificar estilo de vivir o la adhesión a las medicinas en personas con riesgo elevado de patología cardiovascular enfermedad cardíaca preexistente.

Ciertas condiciones personales, familiares y ambientales pueden aumentar las probabilidades de desplegar tensión vascular elevada; las cuales se destaca subsecuentemente:

- Diabetes mellitus.
- Alimentación deficiente.
- Vida sedentaria.
- Corpulencia.

- Consumo de alcohol.
- consumo de tabaco.
- ascendencia y herencia.
- Vejez.
- Raza negra (17).

4.6 Medida de la presión arterial

Las recomendaciones de 2017 de la Asociación Americana del Corazón y Colegio Americano de Cardiología reiteran la necesidad de medir presión arterial de calidad y evitar errores, y al mismo tiempo enfatizan la importancia de descansar antes de la medición, use un manguito grande o extra grande si es necesario, determine varias lecturas en cada visita, use un esfigmomanómetro calibrado y calibrado. Recuerde también que durante la cuantificación de la tensión arterial, es necesario silencio absoluto por parte del profesional sanitario y el paciente. Al final del registro de la tensión, el usuario debe ser informado acerca de los resultados verbalmente y por escrito. Por otro lado, los métodos tradicionales de medición clínica están evolucionando hacia el uso de esfigmomanómetros automáticos que no requieren la presencia de personal médico y por tanto provocan un menor efecto de bata blanca. Cada vez hay más pruebas de la utilidad de estos hallazgos clínicos automatizados. Se recomiendan tomas de la presión arterial extramuralmente para corroborar la definición de hipertensión arterial o para prescribir dosis de fármacos. Se registró que el autocontrol de la presión arterial (AMPA) tiene mayor aplicabilidad que el control externo de la tensión vascular de 24 h (MAPA) y proporciona una guía de una semana, con dos ocasiones: matutino y nocturno antes de dosificar la medicación para la presión arterial (18).

4.7 Guía para la anamnesis del paciente hipertenso.

Todo paciente con hipertensión arterial debe seguir el siguiente protocolo:

1. Fase de evolución y rangos de presión arterial previos.
2. Regímenes precedentes para la hipertensión.
 - Uso de medicamentos, efectividad y efectos secundarios.

4.8 Criterios de presión arterial alta secundaria:

- Antecedentes familiares de patología nefrítica (enfermedad renal poliquística).
 - b) Relación entre proteína y albumina en orina, sangre en orina, creatinina sérica, *escasa producción de orina.*, edema, déficit de hemoglobina, infección del tracto urinario superior (nefropatía del parénquima).
 - c) Hipertranspiración, dolor de cabeza, pulsaciones, presión arterial baja ortostática, debilidad, rubefacción.
 - d) Eventos de espasticidad muscular, irregularidad rítmicas cardíacas, astenia y espasticidad, señales inducidos por fármaco diuréticos (hiperaldosteronismo principal).
 - e) Incremento vertiginoso de carga, agotamiento, oligomenorrea, opilación, excesiva sed, aumento de la diuresis, arritmia, piel frágil, bultos en la espalda y desgarramientos del dermis por déficit elástico (hipercortisolismo).
 - f) Lasicitud, letargo, sobrepeso, alopecia, desconcierto, agotamiento muscular (tiroides hipoactiva).
 - g) Pulsaciones, depreciación de peso, cutis seca (tiroides hiperactiva)
 - h) Letargo durante el día, ronquidos, dolor de cabeza matutino, inversión del ritmo circadiano, hipertensión nocturna.

4.9 Coeficientes de riesgo:

- Historiales familiares y personales de presión arterial elevada y patologías cerebrovasculares.
- Referencias personales y familiares de Insuficiencia renal crónica.
- Historiales propios y parientes con diabetes.
- Historiales propios y parientes con hiperlipidemia.
- Nicotismo.
- Gordura.
- Costumbres alimentarios: alto ingestas de sal, lípidos y licor.
- Insuficiente ejercicios.

.4.10 Indicios de daño de órgano centrales:

- Cerebral y visual: dolor de cabeza, mareos, visión borrosa.
- Cardíaco: padecimiento cardíaco, dificultad respiratoria, pulsaciones, serosidad.
- Renal: sed excesiva, y alteraciones urinarias de con relación a la cantidad, frecuencia cantidad calidad (sangre).
- Enfermedad Vascular periférica: miembros gélidos, claudicación.

4.11 Condiciones sicosociales:

- Actividades profesionales.
- Nivel de sobre la patología.

4.12 Directrices para el reconocimiento físico del paciente con presión arterial elevada.

1. Manifestaciones sugestivas de hipertensión arterial secundaria.

- a) Grosor medular, cara redonda, roja y llena, y panículos adiposo nugal prominente, disminución del tamaño del músculo, La acantosis pigmentaria, surcos epidérmicos, (hipercortisolismo).
- b) Marcas en tez de por trastornos neurocutáneo genético que origina tumores que se extienden en los nervios y produce transformaciones en la dermis y desproporciones a nivel óseo
- c) Riñón agrandado palpable (poliquistosis del riñón).
- d) Reconocimiento de soplo sistodiastólico ventral (presión arterial alta renovascular).
- e) Deducción de las pulsaciones femorales y presión arterial sistólica a nivel maleolar, irregularidad de pulsos y presión arterial de miembros superiores (coartación de la arteria aorta).

2. Distintas causas definibles de hipertensión arterial.

- a) Hipotiroidismo: aumento la tensión diastólica, bradicardia, bocio, mixedema.
- b) Hipertiroidismo: taquicardia, aumento de la presión arterial sistólica.
- c) Apnea obstructiva del sueño: torsión del tabique de la nariz, grado de Mallampati III-IV.
- d) Gigantismo: acentuación de latido apexiano.

3. Señales de deterioro orgánico blanco

- a) Cerebral: déficits motores o sensoriales.
- b) Visual: anomalías retinianas y orbitarias.
- c) Cervical: soplos de la carótida.
- d) Cardíaco alejamiento del latido apexiano, ritmo vertiginoso, latidos anormales del corazón, hinchazón generalizada.
- e) Renal: nicturia, edema de las extremidades inferiores, hinchazón de la cara, blancura de la dermis y mucosidades, contracciones musculares, perturbaciones de la siesta, disminución del peso.
- f) Arteria periférica: pulso ausente, disminuido o asimétrico, extremidades frías, lesiones cutáneas isquémicas.

Estudios de laboratorio iniciales en pacientes hipertensos:

- a) Perfil hematológico básico.
- b) Glucosa en sangre en ayunas.
- c) Colesterolemia total.
- d) Triacilglicéridos
- e) Lipoproteínas transportadora de colesterol , lipoproteínas ldl
- f) Calcular la tasa de filtración del glomérulo
- g) Ácido úrico en plasma.
- h) Creatinina en plasma.
- i) Análisis de electrolitos en suero,
- j) Examen de orina; físico, químico y sedimentos (19).

4.12 Recomendaciones para prevención y manejo de hipertensión arterial.

Hay una serie de prácticas comunes que previenen el avance o atenúan los niveles de tensión arterial alta si la enfermedad ya está presente. Entre Las participaciones justificadas incluyen:

Disminución de peso: si el índice de masa corporal tiene 30 o más, la disminución de peso es beneficiosa para controlar la presión arterial y prevenir otras patologías no trasmisibles.

Nutrición vigorosa: el régimen DASH (Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión) ha sido la mejor y más experimentada en el control de hipertensión arterial. La dieta es maleable y se permite individualizar. Los principales fines son aumentar la ingesta de fruto, hortalizas y granos integrales, priorizar el empleo de lácteos hipolipídicos y reducir el consumo de comestibles sazonados en grasas saturadas. La generalidad de las mantecas saturadas surge de manufacturas alimenticias animales, pero unos óleos de vegetaciones, como el de palma y el cocotero, o productos cárnicos y sacarosa. Un patrón de nutrición para combatir la presión arterial elevada se pormenoriza a continuidad: cereales completos (hasta ocho porciones por día), frutas y vegetales (ocho a diez fracciones por día), carnes (menos de 6 porciones por día). Productos lácticos sin grasa (hasta tres cantidades al día), grasas y aceites (2-3 raciones al día), frutos secos (4-5 raciones a la semana), dulces (menos de 5 raciones al día), todas las semanas).

Aumente el consumo de *Kalium*: Los suministros ricos en este metal incluyen una variedad de frutas, verduras, nueces y granos integrales (plátanos, naranjas, espinacas, tomates, lentejas, frijoles, etc.). Reducir la ingesta salina: disminuyendo la ingestión de alimentos manufacturados y preparando con menos cantidad salina la comida. Practicar ejercicio físico: se aconseja entre cien a ciento cincuenta minutos de actividad cardiocirculatoria semanal. Evite el nicotismo, con respecto al consumo del licor, limite el consumo a 1 bebida al día para las hembras mientras que para los varones se recomienda hasta 2 bebidas ordinarias. Cadatrago significa alrededor 360 ml de cerveza, 150 ml de vino o 45 ml de licor concentrado (19).

Por lo expuesto anteriormente es necesario un tratamiento integral para disminuir o evitar las complicaciones por la tensión arterial elevada crónica.

En el mercado hay una variedad de medicamentos que controlan la presión arterial alta y la selección del fármaco perfecto se basará en el historial clínico de los usuarios, que depende de algunas variables: las morbilidades asociadas, longevidad y las características cardiocirculatorias.

Es necesario realizar un monitoreo estricto y constante para vigilar las réplicas a las intervenciones de tipo farmacológico y modificaciones en el estilo de vida, también es importante pesquisar habitualmente los posibles daños en los diversos órganos diana.

La promoción y prevención de la tensión arterial alta y sus complejidades es actualmente es un reto salubre gubernamental mundial, y el escenario en Estado ecuatoriano es idéntico. No obstante, existen participaciones en nivel de supervivencia que advierten o reducen la enfermedad o sus secuelas adversas sanitarias. El registro corriente y la gestión correcta de la presión arterial son necesarios para prevenir posibles complicaciones (20).

El montaje de diferentes principios: conductuales, generales, ambientales, orgánico y saneamiento contribuyen a un avance de la enfermedad cardiovascular, la cual demanda una estrategia multidisciplinaria que impulse forma de vida fuertes, debilite los componentes de riesgo y reduzca los indicadores de morbimortalidad por intermedio de asistencia sanitaria de excelencia. Estas ofertas concretas tienen que tener el respaldo absoluto por dirigentes de la academia, la presidencia, la ciudadanía, la parte particular y la comunidad local.

4.13 Antecedentes investigativos.

Di@bet.es es una publicación española bosquejado para tasar la preeminencia de hiperglucemia y otros componentes de riesgo cardiocirculatorio en los habitantes mayores edad hispanos. Se exhibe la frecuencia, y el nivel de la tensión arterial alta y su manejo y control. Resultados: El 42,6% de los pacientes adultos mayores de edad 18 años tenía hipertensión, los hombres (49,9%) en relación a las señoras (37,1%). Esta tasa estuvo mayor entre los

individuos con alteración de niveles de glucosa (67,9%) e hiperglicémicos (79,4%). El 37,4% de usuarios hipertensos son subdiagnosticados con un porcentaje mayor para los varones (43,3%) en relación a las mujeres (31,5%). El 88 % de los beneficiarios tiene conocida adherencia al tratamiento farmacológico y solo el 30% tiene controlada la presión arterial, el sexo femenino (24 ,9%) más que el masculino con un 16%. Conclusiones: Lapreeminencia de la tensión arterial en España es considerable y una cifra sustancial de aquellos permanecen infradiagnosticados. La hipertensión arterial se asocia a desordenes del metabolismo con relación a la absorción de glucosa sanguínea o insulinoresistencia y si bien la medicina es cada vez más abundante, no mejora completamente, que sigue siendo insuficiente. Es importante explicar y promover planes a todos los habitantes para la previsión, rastreo y trato de la presión sanguínea alta (21).

Se consultó otro artículo de participación educativa sobre Instrucción de hipertensión arterial con Sanatorio "Héroes del Moncada". Cabildo Cárdenas, 2015, cuya injerencia formativa dirigida a pacientes con hipertensión arterial en Academias para hipertensión arterial, con un esquema didáctico y entrenamientos corporales. Se eligieron un par de grupos de 350 usuarios con hipertensión arterial previamente y posterior a la interposición, superponiendo un sondeo de 14 consultas acerca de cuestiones sobre el tema citado. Se concluyó tres observaciones: porcentaje de hipertensos con 8 y más respuestas afirmativas, relación de cada consulta con más de tres cuartos de contestaciones apropiadas y correlación de sujetos con tensión vascular alta idóneos (70 puntos de 100). Pruebas descriptivas. Chi cuadrado, valor p (22).

En el año 2011 en el Municipio Carrizal, Miranda- República Bolivariana de Venezuela, Arellano et. al ejecutaron un investigación, El cual tiene como fin, computar las derivaciones sobreponiendo la influencia instructiva en correlación a la presión vascular alta y riesgos para la salud transformables sobre. Su visión fue numérica de tipo descriptivo perpendicular con diseño de control mínimo de un conjunto, comparativo con un pilotaje y un examen posterior. La colectividad fue de medio centenar de sujetos con un grupo etario entre 30 y 60 años y la prototipo resultó compuesta por 25 usuarios. Los resultados indicaron que el 40% conservaban comprensión mediana de la tensión

sanguínea elevada; y, únicamente un 32%, de sus trastornos crónicos, con respecto a las condiciones de riesgo alterables, consumo de cloruro de sodio (20%), descenso de peso (32%), beber licor (32%) y los escenarios de ansiedad (28%). En la prueba final el ochenta por ciento refinó su noción sobre los valores de tensión sanguínea alta y sus secuelas así como también, su correspondencia a las circunstancias de riesgo alterables al (92%). La conclusión que brinda este estudio es que se debe incrementar y difundir las colaboraciones magistrales para afianzar la verificación procedente y durable de los coeficientes de riesgo rectificables (23).

El conocimiento

La Real Academia Española de la lengua puntualiza al conocimiento como un acumulo de criterios almacenada por la inteligencia y la ilustración, es decir la potenciación de muchos datos interdependientes. . Por tanto, el hombre tiene la capacidad de aprender información sobre el medio ambiente y sobre sí mismo, información que absorbe racional e irracionalmente; Sin duda, la cultura se transmuta en interés de la sociedad, producido, mantenido y propagado en el intercambio con otros. Para Juan Delval, el discernimiento es instaurado por los sujetos y acumulado en la mente de los individuos, creando un proceso de intercambio, transmisión impecable entre seres humanos, cuyo fin en el proceso comunicar y cotejar lo que terceros especulan o distinguen hacer (24).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, enuncia el concepto de Andragogía es un término nuevo pero recurrente en la sociedad para calificar la rama de la educación de las personas adultas, reemplazando a la formación infantil con lo cual no se relacione este término citado sino con la enseñanza perdurable. Alexander Kapp, en 1833 docente germano, acuñó inicialmente el término para referirse a la pedagogía platónica. En el siglo XX Eugen Rosenback acreditó una serie de características particulares sobre el adiestramiento para personas mayores de edad: maestro, método y sabiduría. Definida ahora por ensayistas como una disciplina, una ciencia o un arte, es controvertida, pero la Andragogía ciertamente busca hacer un cambio dramático alejándose de las

formas educativas clásicas con modernas perspectivas y tecnologías en la educación de individuos mayores de edad que abarque todos los componentes del ser humano: anímico, orgánico y colectivo. En efecto, es una tesis innovadora, si bien muchas personas piensen que su avance y contribuciones son nulos (25).

Etimológicamente, madurar, del latín "adultus", significa crecer. El crecimiento humano no es como el de otras especies. Se presenta de forma sostenida y consistente a partir un enfoque psicosocial más que biológico, finalizando en un determinado punto cuando alcanza su máximo bienestar. Algunos literatos, Alport, Erikson, deliberan la edad adulta como un período, una finalidad o proyecto bosquejable, pero que equivale a una idiosincrasia seria. (25).

Intervenciones educativas

La intervención educativa es el acto intencional de tomar operaciones que conducen al perfeccionamiento calificado del estudiante. Es de representación ficticia, porque hay un intermediario (Educación y preceptor), un dialecto proposicional (una obligación a realizar para adquirir algo), una acción para lograr un fin, y otras acciones se vinculan intencionalmente entre sí. La intervención educativa se da a través de procesos autodidactas y heteroeducativos, ya sean formales o informales (26). Estas actividades tienen como objetivo promover formas de vivir sanas, precaver indisposiciones y optimizar las condiciones de subsistencia, se consideran pilares básicos del cuidado de la salud. Este paradigma de formación incluye una serie de gestiones que engloban la introspección y tácticas de comunicación explicativa con los recursos que permitan el canje de opiniones. Una forma de vivir vigorosa se compone de una amalgama de elementos que opera en armonía y plenitud. Entre los componentes más destacados están: la rutina dietética, los ejercicios corporales, nicotismo, alcoholismo y la conducta sexual (27).

Para alcanzar vitalidad y eludir enfermedades son fundamentales las destrezas de las colaboraciones. Alcanzar el clímax virtual de resistencia es una transformación perseverante y que afecta no sólo a las sociedades de grupos etarios heterogéneos, idiosincrasias, fases de vida y su ecosistema (28).

Las personas crecen y se desarrollan de acuerdo con su entorno, siendo el entorno primario la familia con sus costumbres, actitudes, crianza y valores, en la que afectan al ser humano una variedad de circunstancias psicosociales que, si se equilibran, permitirían a la población evolucionar en forma saludable y entorno productivo.

La interposición docente tiene que aplicarse al agrado de carencias existentes son el objetivo de impulsar la eficacia intrínseca de las estructuras sindicales, ya que lo primordial se compone sus demandantes, que acrecientan sus bríos, sin dejar a un lado las apariencias relevantes que contribuyen en las destrezas usuales, la pericia de los colaboradores y las inverosímiles situaciones a las que se sufren (29).

Planificación en la intervención educativa

Se refiere a la formulación de un régimen, aspiración o boceto de acción; Se refiere al proceso de reestructuración que accede tomar providencias sobre la manera más eficaz de conquistar algún objetivo fijado. Recuerde que existen principios generales en la proyección de intervenciones educativas, tales como:

- Criterios de sensatez. El planificador ha de tener un nivel suficiente de comprensión del tema a desarrollar, basadas en fuentes verificadas y saber elegir el talento humano idóneo para el mismo.
- Criterios de encadenamiento. Al desarrollar el plan tiene haber un orden y e interrelación entre los elementos del proceso académico.
- Criterio unívoco. La intervención debe estar escrita de tal manera que todos los términos utilizados posiblemente tengan un único significado.
- Criterio de interpretación significativa. Los términos utilizados para escribir un programa deben ser fáciles de entender.
- Criterio de plasticidad. La programación debe tener la característica de ductilidad, que se realicen los cambios necesarios y pertinentes.

- Criterio de versatilidad. El conjunto de planificación debe ser productivo e interesante durante el desarrollo.
- Criterio de precisión. El desarrollo del método debe comenzar con un análisis preliminar y estar firmemente respaldado por las realidades del entorno.
- Criterio de aportación. El grupo de planificación debe aceptar la colaboración de diferentes individuos y organizaciones.

La planificación, es una amalgama de gestiones y resoluciones concebidas para consumir un objetivo concreto, empleando los recursos a disposición y en un marco temporal predeterminado, es efectiva si posee diferentes categorías y visiones. La ideología del tema y matices del plan, así como las normas comunes para el arbitraje, la estrategia de gestión y los paradigmas de procesos.

Es necesario planificar cómo adquirir los insumos adecuados del campo de interposición: las estructuras: demográfica, económico-social y conductas de los participantes.

Los propósitos de la investigación tienen que ser prudentes y pertinentes a las condiciones de los colaboradores. Es importante establecer metas apropiadas, ya que definen, y dan importancia a una intervención. La proyección de las previsiones aptas: insumos materiales y talento humano y su correlación con el espacio donde se realizara la programación de un plan de colaboraciones instructiva tiene que tener lo siguiente:

- La idiosincrasia del proyecto: qué concebir.
- Orígenes y antecedentes: por qué quieres hacerlo.
- Meta: por qué quieres hacerlo.
- Meta: cuánto quieres hacer.
- Ubicación real: donde desea tomar.
- Metodología: cómo quieres hacerlo.
- Recursos humanos: quién lo implementará.
- Recursos materiales: ¿qué haremos?
- Financiamiento: lo que se pagará.

Evaluación:

Cuáles serán las reglas de apreciación. El bosquejo para el proyecto y organización de un sistema de participación docente, el mismo que consta de las subsiguientes etapas:

Fase inicial

- Identificación y selección de casos.
- Identificación de necesidades.
Recogida y selección de datos.
- Establecimiento de objetivos.

Fase de ejecución

- Determinación una base informativa.
- Metodología del sistema: metas, contenido, recursos, procesos.
- Uso del método.

Fase de estimación

- Valoración del guion.
- Consumaciones del estudio
- Producción de la documentación (30).

Gran parte de países del mundo, el enfoque en los pacientes con hipertensión crónica se centra en las actividades diarias de monitoreo de la presión arterial (durante las consultas médicas y en el entorno domiciliario), así como en la práctica de realizar exámenes clínicos de rutina. Independientemente de la estructura, la implementación no es suficiente aunque los pacientes conozcan la enfermedad le permita cambiar sus estilos de vida (31).

Los controles enfocados en la ampliación del conocimiento para pacientes hipertensos además del alcance de la patología vascular elevada o la adhesión a un tratamiento, también deben supeditar condiciones que fortalezcan las formas vida vigorosa cuando mantienen su dieta, equilibrio saludable, recaen en el desarrollo físico y dejan de fumar. A pesar de esta recomendación, las

variables socioeconómicas, así como la excelencia de los métodos de mejora, previsión y atenuación, determinan la perfección del conocimiento, las condiciones y el desarrollo de habilidades de los pacientes crónicos (32).

Los enfoques de autogestión, las participaciones categóricas y médicas están intrínsecamente relacionadas con literatura científica y condiciones que se adquieren de forma consecuente e irresponsable por situaciones de curiosidad, que se pueden entender a partir la faceta de la autoeficacia. Bárbara Resnik es una Licenciada en Enfermería, especializada en Geriátrica, tutora jubilada en la Universidad de Maryland, Estados Unidos de América, en 2008 publico la teoría asequible calidad de denominada "de la Autocapacidad". Su tesis se basó en la tesis original de Albert Bandura quien observó los componentes que median sobre los comportamiento y elección de decisiones de los beneficiarios (a través de las vivencias todas (buenas y malas) de los colaboradores, las tradiciones e historias de familia y amigos). De estos cánones Resnik objeta que las personas definen su comportamiento su intercambio expresivo, sus métodos psicológicos-emocionales y sus correspondencias como seres humanos, tomando como punto de partida la complicada interconexión que seda entre sus hábitos, sus intereses y las idiosincrasias de su ecosistema.

En base a lo a lo expuesto nace le concepto la autoeficacia, percibida como "la posibilidad que tiene cada persona para alcanzar cualquier propósito que se proponga"

De acuerdo a la teoría cognitiva social, la autoeficacia la acción mediante el cual los sujetos expanden su razón para afrontar las vicisitudes y retaos de la visa y poder conseguir sus retos laborales y socioeconómicos, y familiares. La mayor contribución de una persona eficaz es su propia experiencia de vida, donde el diálogo interno y el manejo del estrés como desencadenantes también representan otros dos poderosos desencadenantes (33).

En base al publicación cubana del 2005 acerca de participación de apreciación sobre presión arterial elevada, Sanatorio Héroes de Moncada. Cabildo Cárdenas, las diligencias docentes se efectuaron por medio de las "escuelas para hipertensos" con un sistema semanal de cuatro lecciones de media hora, sobre la calidad de formas beneficiosas de vivir, el cumplimiento de la medicación y 30 minutos de ejercicio (34).

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación. Descriptivo.

5.2 Tipo de exploración.

Según la participación del experto: Observacional. El investigador no participa, y la información se evidencia los hechos comunes de los acontecimientos estudiados.

Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo en base a un censo o situación particular, se determinara lo que ocurrirá de forma anticipada.

Según la cantidad de veces que se calcula la variable: Transversal, en donde las cambiables son medidas en una sola oportunidad.

Según la cantidad de variables analíticas: Descriptivo, se evalúan y puntualizan cuantificaciones del plan o argumento de la investigación a partir de una muestra poblacional.

5.3 Diseño de investigación.

Estudio de prevalencia o de corte transversal.

5.4 Justificación de la elección del método

Con el método seleccionado se responde al cuestionamiento y los objetivos del estudio.

5.5 Población de estudio.

El estudio incluyó una población de pacientes con hipertensión arterial con un grupo etario entre 20 hasta 64 años, que acuden de forma mensual a consulta, respectivamente al consultorio no. 1 de Medicina Familiar del Centro de Salud de Bastión Popular Tipo C, cuya cantidad es de 110 usuarios.

No se seleccionó muestra, debido a que se trabajó con el universo de la población.

5.5.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes que accedan a cooperar en la investigación y firmen la autorización anunciada.
- Pacientes con domicilio permanente en el área de salud.

5.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que después de dos convocatorias al centro de salud y dos visitas a domicilio, no se pueden contactar.
- Personas con discapacidad intelectual.
- Usuarios sin escolaridad.

5.6 Procedimiento de recolección de la información.

El estudio quedó aprobado por El Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, aprobó la investigación descrita, a través de la implementación de los criterios deontológicos actuales en el Estatutos de moralidad del Estado ecuatoriano y en la Declaración de Helsinki. Previamente al comienzo de la recopilación de la investigación se ejecutó la diligencia de la autorización del centro de salud Bastión Popular Tipo C y los pacientes firmaron la anuencia entendida para contribuir en la indagación (Anexo 1).

Para dar salida al primer objetivo se empleó un herramienta de recopilación de fichas tipo cuestionario elaborado por el autor y validado por 2 expertos, para recabar información sociodemográfica: (grupo etario, genero, ocupación, estado matrimonial, grado de escolaridad y etnia).

El objetivo dos, nivel de conocimiento de presión arterial elevada que incluye: valores, coeficientes de probabilidad, síndromes, trastornos y terapéutica de hipertensión arterial los cuales son criterios internacionales avalados.

Para determinar los objetivos 3 y 4 acerca de técnica educativa se tuvo en cuenta las subsiguientes medidas: el prototipo de técnica, frecuencia, horario, duración, lugar para el desarrollo, tamaño de los grupos para el desenvolvimiento de las labores educativas, todos estos ítems se los tomó en cuenta en base a la bibliografía sobre intervenciones educativas.

La encuesta en mención se la elaboró en base a la revisión bibliográfica que se investigó y a su vez se tomó en cuenta las cuantificaciones congruentes a conocimiento e intervención educativa sobre hipertensión arterial.

La encuesta fue aprobada por dos galenos especializados en Medicina Familiar y Comunitaria.

Se concedió una duplicado del interrogatorio de tensión arterial alta y se adicionó al mismo tiempo de una encuesta a fin de su evaluación, conforme a los criterios de Moriyama: los cuales tienen cinco jerarquías de ponderación, las que se citan a continuación: «razonable y comprensible», «sensible a variaciones», «suposición justificable», «claramente definida» y «datos factibles de obtener», Cada magnitud se conceptuó considerando la proporción: 0:«nada»; 1: «poco», y 2: «mucho». Se asumió el precepto de Murayama para calificar como efectivos los efectos de la valoración de las interrogaciones y agregados, de las sugerencias de mediadores muestren un valor similar o superior al 70 % en el escalafón «mucho».

Se consideró como resultado de saber del texto cuando las contestaciones alcanzan a una proporción similar o superior a 70%.

5.7 Técnicas de recolección de información

Tabla 1 Variables y tipo de técnica de recolección

Objetivo 1	Indicadores	Tipo de técnica
Variables Sociodemográficas	Edad	Encuesta
	Sexo	Encuesta
	Ocupación	Encuesta
	Estado civil	Encuesta
	Escolaridad	Encuesta
Objetivo 2	Indicadores	Tipo de técnica
Conocimiento sobre Hipertensión arterial	Definición	Encuesta
	Valores	Encuesta
	Factores de riesgo	Encuesta

	Síntomas	Encuesta
	Complicaciones	Encuesta

Objetivo 3-4	Indicadores	Tipo de técnica
Estrategia Educativa	Tipo de técnica educativa	Encuesta
	Frecuencia de las actividades	Encuesta
	Horario de actividades educativas	Encuesta
	Duración de actividades educativas	Encuesta
	Lugar de actividades educativas.	Encuesta
	Tamaño de grupos para actividades	Encuesta

5.8 Técnicas de análisis estadístico

- El procesamiento de las cifras se ejecutó por medio del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).
- Se utilizó números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas.
- La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

6. Variables Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de las variables. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Consultorio 1 de Medicina Familiar 2021

Objetivo específico 1			
Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad (años cumplidos según grupos	30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64.	Cuantitativa discreta
Sexo	Número y porcentaje	Masculino Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Ocupación	Ocupación	Empleado público. Trabajador privado. Obrero. Particular (Independiente). asistente domestica Labores del hogar	Cualitativa nominal polinómica
Estado matrimonial	Estado matrimonial	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudez	Cualitativa Nominal Polinómica
Escolaridad	Escolaridad	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Universidad	Cualitativa Ordinal.
Etnia	Etnia (según autoidentificación)	Blanca Negra Mestiza Mulata Montubia indígena	Cualitativa Nominal Polinómica

Objetivo específico 2			
Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Concepto	Conoce No conoce	Cualitativa Nominal.

Objetivos específicos 3-4			
Variable	Indicador	Unidades, categorías o	Tipo/Escala
Tipo de técnica educativa	Tipo de técnica educativa	Charlas Videos Talleres Demostraciones	Cualitativa Nominal Politómica
Frecuencia de las actividades educativas	Número de actividades. Unidad temporal	2 ocasiones por semana 1 ocasiones por semana 1 ocasiones cada 15 días 1 ocasiones por mes	Cuantitativa discreta
Horario de actividades educativas	Horario de las actividades educativas	Mañana Tarde Noche	Cualitativa ordinal
Duración de actividades educativas	Duración de las actividades educativas	15 min 30 min 60 minutos	Cuantitativa discreta
Lugar para el desarrollo de actividades educativas	Lugar para el desarrollo de actividades educativas	Centro de Salud Centro comunitario.	Cualitativa Nominal
Tamaño de los grupos para el desarrollo de actividades educativas	Número de personas a participar por actividad	De 2 a 5, de 6 a 10. De 11 a 15, de 16 a 20.	Cuantitativa discreta

Autor: Barros Félix

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 3: Clasificación de los colaboradores hipertensos según grupo etarios.
Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Grupos quinquenales	Frecuencia	Porcentaje
30-34	3	2 %
35-39	16	15 %
40-44	15	14 %
45-49	23	21 %
50-54	12	11 %
55-59	19	17 %
60-64	22	20 %
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

Se tabuló a 110 pacientes hipertensos, de estos: 23 pacientes son adultos que corresponden al grupo quinquenal de 45 a 49 años que equivale al 21%, 19 pacientes son adultos maduros entre 55 y 59 años que equivale al 17 %.

La variable edad se la fraccionó en 8 subgrupos según el grupo quinquenal; 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64.

Tabla 4: Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo al sexo
Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	39	35%
Femenino	71	65%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

En el estudio, hubo 71 pacientes mujeres, o el 65 %, y 39 pacientes hombres, o el 35 %, lo que indica un predominio femenino.

Tabla 5: Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo al empleo. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Labores del hogar	41	37%
Particular (Independiente).	25	23%
Cuenta propia o independiente	24	22%
Obrero.	10	9%
Empleado público.	9	8%
estudiante	1	1%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

La población con hipertensión arterial se caracteriza con un 37 % ser de ama de casa, seguido con un 23 % de tener una ocupación de tipo particular.

Tabla 6: Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo a la escolaridad. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	5	5%
Primaria completa	33	30%
Secundaria	55	50%
Universidad	17	15%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

De los 110 usuarios, 55 personas han culminado la secundaria lo que equivale a un 50 %.

Tabla 7: Distribución de la población de hipertensos según el estado civil, Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	55	50%
Unión libre	33	30%
Separado/a divorciado/a	17	15%
Soltero/a	5	5%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

La población tabulada se caracteriza en un 35 % por ser casado, seguido de unión libre con 31 %, lo que a su vez equivale a 38 y 31 pacientes respectivamente.

La totalidad de la población es mestiza.

Tabla 8: Clasificación de los colaboradores hipertensos según el conocimiento. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	43	39 %
NO	67	61 %
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

Con respecto al conocimiento sobre la hipertensión arterial 43 pacientes que corresponden al 39 % de la población, tienen el entendimiento fundamental de que es la hipertensión vascular, con respecto al valor, sintomatología y complicaciones de la misma, mientras que los 67 restantes desconocen total o parcialmente este ítem.

Tabla 9: Clasificación de los colaboradores hipertensos en base al tipo de técnica educativa. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Tipo de técnica educativa	Frecuencia	Porcentaje
Charlas	34	31%
Videos	30	27%
Talleres	27	25%
Demostraciones	19	17%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

La técnica educativa que prevaleció dentro de la encuesta son las charlas y videos con una frecuencia de 34 y 30 usuarios, lo que corresponde a un 31 y 27 % respectivamente.

Tabla 10 Clasificación de los colaboradores hipertensos según frecuencia de las actividades educativas. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Frecuencia de las actividades educativas	Frecuencia	Porcentaje
2 ocasiones por semana	19	17%
1 ocasión por semana	5	5%
1 ocasión cada 15 días	27	25%
1 ocasión por mes	59	54%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

Con relación a la frecuencia de la actividad educativa 59 personas prefirieron tener una vez al mes la misma lo que equivale a un 54 %.

Tabla 11 Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo a el horario de actividades educativas. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Horario de actividades educativas	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	51	46%
Tarde	47	43%
Noche	12	11%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

Cincuenta y un pacientes optaron por tener las actividades educativas en la mañana, lo que corresponde a un 46 %.

Tabla 12 Clasificación de los colaboradores hipertensos conforme a la duración de actividades educativas. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Duración de las actividades educativas	Frecuencia	Porcentaje
15 minutos	73	66%
30 minutos	30	27%
60 minutos	7	6%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

El 66 % de los pacientes eligió tener las actividades educativas en 15 minutos.

Tabla 13 Clasificación de los colaboradores hipertensos según el lugar para el desarrollo de actividades educativas. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Frecuencia	Porcentaje
Centro Salud	100	90%
Centro Comunitario	10	10%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

Cien personas que se relaciona con el 90 % de los usuarios consultados escogieron tener la actividad educativa en el centro de salud.

Tabla 14 Clasificación de los colaboradores hipertensos de acuerdo a la dimensión de equipos para el progreso de las tareas educativas. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

Dimensión de los grupos	Frecuencia	Porcentaje
De 2 a 5	34	31%
De 6 a 10	55	50%
De 11 a 15	12	11%
De 16 a 20	9	8%
Total	110	100%

Interpretación de los resultados:

El tamaño apropiado para realizar la actividad educativa que seleccionó nuestra población de estudio fue de 6 a 10 personas, lo cual a su vez equivale a un 50%.

DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se realizó un análisis descriptivo de los participantes con tensión arterial elevada que se atendió en el consultorio número 1 de Medicina Familiar y Comunitaria, correspondientes al centro de salud Bastión Popular tipo C tomando en cuenta parámetros sociodemográficos, nivel de conocimiento y técnica educativa (tipo, duración, horario, lugar y frecuencia). Es importante destacar que la población consultada se caracteriza en su mayoría por ser femenina con 65 %, el grupo etario con mayor frecuencia de esta patología se ubicó entre 45-49 años con un 21 %. El 39 % de los usuarios consultados conocen parcialmente lo que implica la hipertensión arterial, y por ende su sintomatología y las complicaciones que abarcan. Por otro lado, es necesario destacar la gran apertura y predisposición de los beneficiarios consultados, ya que un 70 % de los mismos, desean tener una actividades educativas de tipo: charlas y videos, y poder conocer más sobre esta patología.

CONCLUSIONES

- El grupo etario que repercutió fue el tramo de edad de 45-49 años con 35 pacientes para un 21 %.
- Preponderó el sexo femenino en 71 pacientes para un 65 %.
- Con respecto a la variable ocupación, es necesario indicar que el 40 %, se dedica a labores domésticas en el hogar.
- El grado educativo que sobresalió fue el bachillerato con 55 pacientes para un 50 %.
- Menos de la mitad hipertensos encuestados conocen parcialmente la definición de hipertensión arterial, sintomatología y complicaciones, en 43 pacientes para un 39 %.
- La población analizada desea aprender y conocer más sobre la hipertensión arterial, preferiblemente por charlas y videos, una vez al mes y preferiblemente en el centro de salud y en la mañana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Sitio de Web Mundial Centro de Prensa Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [actualizado 2019; citado 20 Febrero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Williams B. et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología. 2019; 72 (2):160.e1-e78. [Internet]. [actualizado 2019; citado 03 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>.
3. Rosero G. Grados de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular asociados en pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas periodo de enero a febrero del 2018. Previa a la obtención de médico general. [Quito, Ecuador]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Repositorio PUCE. [Internet]. 2018 [citado 19 Enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14983/tesis%20de%20grados%20de%20hta%20y%20frc%20asociados%20en%20pacientes%20hipertensos%20que%20acuden%20a%20la%20consulta>.
4. Wassermann A. Curso de Capacitación de Posgrado a Distancia Síndrome Metabólico y Riesgo Vascular – Conjunto Asociación De Bioquímico de La Ciudad De Buenos Aires. Abril 2013-Diciembre 2013 - Hipertensión Arterial: Epidemiología, Fisiopatología y Clínica. [Internet]. [actualizado 2019; citado 20 Agosto 2020]. Disponible en: http://www.fepreva.org/curso/curso_conjunto_abcba/ut_16.pdf

5. Duardo Y, Mojena O, Peña A. "Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en el CMF la Caridad. Jobabo", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (julio 2019). [Internet]. [actualizado 2019; citado 20 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/riesgo-hipertension-arterial.html//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1907riesgo-hipertension-arterial>.
6. Zurique M, Zurique C, Camacho P, Sánchez M, Hernández S. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia: Revisión sistemática y meta-análisis. Acta Médica Colombiana, 44(4). [Internet]. [actualizado 2019; citado 20 Agosto 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.36104/amc.2019.1293>
7. Ortellado J. et al. Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. Sep v; 3(2): 11-57. [Internet]. [actualizado 2015; citado 20 Agosto 2020]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932016000200002&lng=en. [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03\(02\)11-057](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(02)11-057).
8. Zubeldía Lauzurica Lourdes, Quiles Izquierdo Joan, Mañes Vinuesa Jordi, Redón Más Josep. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. [actualizado 2019; citado 20 Agosto 2020]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406.
9. Encalada L, Álvarez K, Barbecho P, Wong S. Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de cuenca. Revista Latinoamericana De Hipertensión, vol. 13, núm. 3, pp. 183-187, 2018. sociedad latinoamericana de hipertensión.- [internet]. [actualizado 2018]; citado 14

- octubre 2021]. disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/1702/170263335004/html/>
10. Peñaherrera L. Prevalencia Y Factores De Riesgo Para Hipertensión Arterial En Adultos Mayores En Áreas Urbanas Y Rurales Del Cantón Ambato". Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Medicina. Tesis. [internet]. [actualizado 2020]; citado 14 octubre 2021].
<HTTPS://REPOSITORIO.UTA.EDU.EC/BITSTREAM/123456789/31113/1/PE%C3%91AHERRERA%20L%C3%93PEZ%20%2CLIZBETH%20ANDREA%20%26.PDF>.
11. Alejos M, Maco J. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos" tesis para optar el título de especialista en Enfermería en cuidado cardiovascular. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería [Internet]. [actualizado 2020]; citado 14 Octubre 2021].
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
12. Pramparomt P, Boissonnetmt C, Schargrotsky H. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. Revista Argentina de Cardiología / Vol. 79 N° 4 / Julio-Agosto 2011. [[Internet]. 2011 [citado 21 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/2396.pdf>
13. Ortiz R. et al, Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la población rural de Quingeo Ecuador. Universidad Católica de Cuenca. Facultad de Medicina. Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador. [Internet]. [actualizado 2018; citado 09 Agosto 2020]. Disponible en:
http://www.revhipertension.com/rlh_12_3_2017/factores.pdf

14. Tagle R. Diagnóstico de Hipertensión Arterial. [Rev. Med. Clin. Condes - 2018; 29(1) 12-20]. Chile. [Internet]. [actualizado 2018; citado 09 Agosto 2020]. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-S0716864018300099>.
15. Silbernagl, S.; & Despopoulos, Atlas de color de fisiología (7ª edición). Stuttgart, Alemania: Georg Thieme Verlag KG. 2015. 472 p.
16. Marín F, Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Esp. Cardiol. 2019;72:104-810.1016/j.recesp.2018.11.022. España [Internet]. [actualizado 2018; citado 10 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; [Internet]. [actualizado 2019; citado 03 Marzo 2020]. 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
18. Gijón-Conde T. et al, Documento de la Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertensa Riesgo Vasc. 2018. [Internet]. [actualizado 2017; citado 09 Agosto 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>.
19. Sociedad Argentina de Cardiología, Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Revista Argentina de Cardiología Vol. 86 Nº 2 Agosto 2018. [Internet]. [actualizado 2018; citado 23 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018.pdf>.

20. Añazco D. et al, Hipertensión arterial: una amenaza silenciosa. Escuela de Medicina Humana. Universidad San Francisco de Quito, Ecuador. [Internet]. [actualizado 2019; citado 09 Agosto 2020]. Disponible en: <https://noticias.usfq.edu.ec/2019/03/hipertension-arterial-amenaza-silenciosa.html>.
21. Menéndez E. et al, Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev. Esp. Cardiol. 2016; 69 (6):572–578. [Internet]. [actualizado 2016; citado 10 Agosto 2020]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/>, day 09/08/2020.
22. Achiong F, González Y, Vega O, Guillot O, Rodríguez A, Díaz A, et al. Intervención educativa sobre conocimientos de hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Cárdenas, Cuba. [Internet]. [actualizado 2015; citado 09 agosto 2020]. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me184e.pdf>.
23. Arellano. A, Contreras. F, Patiño. P. Intervención educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables. Municipio Carrizal, estado Bolivariano de Miranda. [citado agosto 18 del 2014] ,7(3):3-11. Disponible en: http://www.revistahipertension.com/rlh_7_3_2012/intervencion_educativa.pdf 69.
24. Pinto P, Efecto de una intervención educativa en el conocimiento, sobre autocuidado para prevenir la Hipertensión Arterial, en padres de familia de institución educativa. tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima Perú. [Internet] 2016. [Citado 2020 Ago. 20]. Disponible En: <Http://Repositorio.Urp.Edu.Pe/Handle/Urp/765>

25. Vidal Ledo María, Fernández Oliva Bertha. Andragogía. Educ. Med. Super [Internet]. 2003 Dic [citado 2020 Ago. 19]; 17(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000400011&lng=es.
26. Tourinan L, Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada pedagógica. España. 2011. Rev. Port. Internet]. [2011; citado 20 Agosto 2020]. Disponible en: <https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5325/2/29%20%20Intevencion%20Educativa,%200Intervencion%20Pedagogica%20y%20Educacion-%20La%20Mirada%20Pedagogica.pdf?ln=pt-pt>.
27. Menor M, Aguilar M, Mur N, Santana C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur [Internet]. 2017 Feb [citado 2020 Ago. 19]; 15(1): 71-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es.
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2014. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2014 [citado 2020 Ago. 19]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
29. Jiménez E. La intervención educativa: Una visión holística de los problemas sociales. México. 2007. [Internet]. [2007].; citado 20 Agosto 2020]. Disponible en: http://upn291.edu.mx/revista_electronica/DanielIntervencion.pdf.
30. Jordán M, Pachón L, Blanco M, Achiong M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev. Méd Electrón. [Internet]. [2011; citado 20 Agosto 2020]. Disponible

en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>.

31. Sheppard J, Schwartz C, Tucker K, McManus R. Manejo y diagnóstico moderno de la hipertensión en el Reino Unido: atención domiciliaria y autocuidado. *Ann Glob Health*. [Internet]; 2016. [citado 23 mayo 2020]; 82(2): 274-287. doi:10.1016/j.aogh.2016.02.005 Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214-9996\(16\)00030-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214-9996(16)00030-8).
32. Long E, Ponder M, Bernard S. Conocimientos, actitudes y creencias relacionadas con el autocuidado de la hipertensión y la hiperlipidemia entre los hombres afroamericanos que viven en el sureste de los Estados Unidos. *Patient Educ. Couns.* [Internet]; 2017. [citado 23 mayo 2020]; 100(5):1000-1006. doi:10.1016/j.pec.2016.12.011 Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738-3991\(16\)30564-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738-3991(16)30564-X).
33. Resnik B, Smith M, Liehr P. Teoría de la autoeficacia: Teoría del rango medio para la enfermería (3.a ed.). Nueva York, NY: Springer Publishing Company, LLC. 2014. p: 197-21.

ANEXOS

ANEXO 1.-

TÍTULO DE LA ESTRATEGIA: ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA AUMENTAR EL CONOCIMIENTO A PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. CONSULTORIO 1 DE MEDICINA FAMILIAR AÑO 2021.

AUTOR:

BARROS GARCÍA FÉLIX EDUARDO

Fundamentación

Descripción de la problemática y su relación con el contexto.

La hipertensión es el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular, la cual puede ser letal pero a la vez también es prevenible.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, las cuales representan la principal causa de muerte en el Ecuador. Se estima que al menos el 20 % de la población mayor de 19 años tiene hipertensión arterial en el país, según datos de la encuesta STEPS. En Ecuador, el 45,2 % de los encuestados en STEPS desconoce su diagnóstico; el 12,6% sabía de su patología, pero no tomaba la medicación; el 16,2% toma los fármacos, pero registraba niveles elevados de presión; y el 26% mantenía niveles normales de presión arterial.

Diagnóstico del estado real del objeto que será sujeto de la intervención y evidencias del problema (puede ser con estadísticas que existan como por ejemplo en el ASIS), que evidencien.

La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. Verificando el Análisis Situacional de Salud del centro de salud, el número de casos con hipertensión arterial en la población de estudio representa el 30 % del número total de pacientes. El desconocimiento de la patología, los factores de riesgos y complicaciones así como el déficit educativo de nuestra población acerca de la hipertensión; posiblemente sean las causas de la misma.

Para apoyar a los gobiernos en la prevención y el tratamiento de estas enfermedades, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) formuló la iniciativa HEARTS, que promueve la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, como es la detección y el tratamiento de la hipertensión. Ecuador es uno de los 16 países que forma parte de esta

iniciativa y, en conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la cooperación técnica de la OPS.

Planteamiento del objetivo general que se pretenden alcanzar con la estrategia (meta final).

Promover un mejor conocimiento para mejorar la salud cardiovascular a través de actividades educativas, promoción y prevención.

Justificación de la estrategia educativa.

La hipertensión es el principal factor de riesgo para sobrellevar una enfermedad cardiovascular. Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable.

Duración total. 6 meses.

Fecha del pre-test (antes de iniciar la intervención: 20/02/2021

Fecha del pos-test inmediatamente después de concluya la última actividad educativa: 20/08/2021.

Planeación estratégica:

- Número de temas. 1 hipertensión arterial
- Número de subtemas por cada tema. 3
- Número de actividades por cada subtema y cada una con el tipo de técnica educativa a utilizar. Es una actividad por cada subtema cada 15 días, y a continuación se detallan en un orden numérico y el tipo de técnica educativa:

1.1 Videoconferencia sobre definición Epidemiología, Factores de riesgos de la hipertensión arterial.

1.2 Charla. Definición Epidemiología, Factores de riesgos de la hipertensión arterial.

1.3 Demostración. Demostración sobre la forma correcta de tomar la presión arterial.

2.1 Charla. Clasificación y sintomatología de la hipertensión arterial, índice de masa corporal. (IMC).

2.2 Charla. Complicaciones y tratamiento de la hipertensión arterial.

2.3 Discusión grupal

- Recursos materiales que se necesitarán.

Infocus, laptop, sillas, mesa, Pesa, cinta métrica, marcadores, pizarra, tensiómetro estetoscopio, bolígrafos, cuadernos, silla).

Tema 1: Hipertensión arterial.

1.1: Definición, Epidemiología y factores de riesgos en la hipertensión arterial.

Actividad 1: Video conferencia sobre hipertensión arterial.

- Duración. 20 minutos.
- Lugar: Centro de Salud Bastión Popular tipo C
- Horario: 10:00 am.
- Número de participantes: 20
- Responsable: Dr. Félix Barros García.
- Recursos materiales: infocus, laptop, sillas mesa.

1.2: Definición, Epidemiología, Factores de riesgos en la hipertensión arterial.

Actividad 2: Charla educativa sobre definición, Epidemiología, factores de riesgos de la hipertensión arterial.

- Duración. 20 minutos.
- Lugar: Centro de Salud Bastión Popular tipo C
- Horario: 9:00 am.
- Número de participantes: 30
- Responsable: Dr. Félix Barros García.
- Recursos materiales: infocus, laptop, sillas mesa.

1.3: Toma correcta de la presión arterial.

- Actividad 3: Demostración sobre la forma correcta de tomar la presión arterial.
- Lugar: Centro de Salud Bastión Popular tipo C
- Duración. 30 minutos.
- Horario: 14:00.

- Número de participantes: 15
 - Responsable: Dr. Félix Barros García.
- Recursos materiales: (tensiómetro estetoscopio, bolígrafos, cuadernos, silla).

Tema 2: Hipertensión arterial.

2.1: Clasificación y sintomatología de la hipertensión arterial, índice de masa corporal. (IMC).

Actividad 1: Charla educativa sobre Clasificación y sintomatología de la hipertensión arterial, índice de masa corporal. (IMC).

- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Centro de Salud Bastión Popular tipo C
- Horario: 10:00 am.
- Número de participantes: 20
- Responsable: Dr. Félix Barros García.
- Recursos materiales: infocus, laptop, sillas mesa.

2.2: Complicaciones y tratamiento de la hipertensión arterial.

- Actividad 2: Charla educativa sobre complicaciones y tratamiento de la hipertensión arterial.
- Duración. 20 minutos.
- Lugar: Centro de Salud Bastión Popular
- Horario: 10:00 am.
- Número de participantes: 20
- Responsable: Dr. Félix Barros García.
- Recursos materiales: infocus, laptop, sillas mesa, pesa, cinta métrica, marcadores, pizarra.

2.3: Discusión grupal, conclusiones y recomendaciones para la prevención y control de la hipertensión arterial.

- Actividad 3: Discusión grupal para discutir lo tratado en todas las actividades, describir la experiencia del programa y establecer

compromisos para mejorar los estilos de vida en relación con la hipertensión educativa.

- Duración. 30 minutos.
- Horario: 14:00.
- Número de participantes: 30
- Responsable: Dr. Félix Barros García.
- Recursos materiales: sillas para todos, papel, bolígrafo y pizarrón.

Implementación de la estrategia.

La estrategia educativa se realizará en 6 sesiones, cada 15 días las cuales tuvo como sede: el auditorium del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C, los participantes son los pacientes que hemos detectado como hipertensos y cumple los criterios de inclusión citados, el responsable de la misma es el Dr. Félix Barros García, y los participantes serán entre 20 y 25 por sesión.

Evaluación de la estrategia. Métodos que se utilizarán para evaluar los resultados de la estrategia, instrumentos para recolección de los datos, definición de los logros (resultados de la intervención). Es imprescindible incluir aquí los resultados que piensan alcanzarse en el pos-test en comparación con el pre-test. Estos dos últimos acápites de la estrategia no serán desarrollados a profundidad por los que van a diseñar la estrategia, solo se debe describir de manera general cómo usted considera que se debe implementar y evaluar esta estrategia diseñada por usted.

La estrategia educativa será evaluada con un pretest y posttest, los cuales serán en base a conocimientos sobre hipertensión arterial a través de: videoconferencias, charlas educativas y la demostración de la adecuada toma de la hipertensión arterial, los recursos materiales utilizados: infocus, laptop, sillas, mesa, pesa, cinta métrica, marcadores, pizarra, tensiómetroestetoscopio, bolígrafos, cuadernos.

ANEXO 2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado.

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Diseñar una estrategia para elevar el conocimiento sobre la hipertensión arterial en los pacientes de 20 a 64 años de edad del consultorio de Medicina Familiar del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C 2021. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se limitará a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla el investigador y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Autorización del paciente hipertenso para participar en la investigación.

La investigación se basa en el llenado por usted de una encuesta donde se le realizan preguntas sobre hipertensión arterial, lo que no le llevará más de 30 minutos.

Una vez leído este documento y aclaradas todas mis dudas, acepto en forma voluntaria a participar en el estudio. También me han explicado que puedo retirarme de la participación en cualquier momento del desarrollo del proyecto, sin que se afecten mis servicios en este centro de salud. El investigador me informará sobre los resultados obtenidos en el estudio, si así lo solicito. Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento conjuntamente con el autor en Guayaquil a los _____ días del mes de _____ del _____.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

N° CI:

N° CI:

ANEXO 3 CUESTIONARIO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. DATOS PERSONALES

Fecha de llenado: _____

Número de Consultorio: _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuántos años tiene usted? _____

2. ¿Cuál es su nivel escolaridad actual?

1	Primaria incompleta	
2	Primaria completa	
3	Secundaria	
4	Universidad	

3. ¿Cuál es su ocupación: ?

1	Ama de Casa	
2	Cuenta propia o independiente	
3	Jornalero	
4	Trabajador privado	
5	Trabajador publico	
6	Estudiante	

4. ¿Cuál es su estado civil?

1	Soltero/a	
2	Unión Libre	
3	Casado/a	
4	Separado o divorciado/a	
5	Viudo/a	

5. ¿Cómo se identifica usted según su Etnia (auto identificación)?

1	Blanca	
2	Negra	
3	Mestiza	
4	Mulata	
5	Montubia	
6	indígena	
7	Otros	

CUESTIONARIO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIO 1
MÉDICO, CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C 2021.

Marque con la equis (X) la respuesta que crea correcta

6.- ¿La hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida?

A	Si	
B	No	
C	No se	

7.- ¿A partir de qué valor se considera la presión arterial elevada?

A	A 140 sobre 90 mmHg	
B	B 160 sobre 95 mmHg	
C	C 130 sobre 85 mmHg	

8.- ¿Piensa usted que las personas de 20 a 40 años pueden padecer hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No se	

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN

9.- ¿Los valores elevados de colesterol son un factor de riesgo asociado a la Hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No se	

10.- ¿Tienen más predisposición a la Hipertensión arterial las personas con familiares que han padecido o padecen esta enfermedad?

A	Si	
B	No	
C	No se	

11.- ¿Una dieta pobre en grasas, rica en fruta y verduras incide en la reducción de la presión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No se	

12.- ¿Cree que se puede controlar con dieta la Hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No se	

SIGNOS Y SÍNTOMAS

13.- ¿Cree usted; que dolor de cabeza, y visión borrosa pueden ser síntomas de la hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No se	

COMPLICACIONES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

14.- ¿La presión alta puede provocar problemas del corazón?

A	Si	
B	No	
C	No se	

15.- ¿La presión arterial puede provocar algún tipo de daño cerebral?

A	Si	
B	No	
C	No se	

16.- ¿La presión arterial puede provocar problemas en los riñones?

A	Si	
B	No	
C	No se	

17.- ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas en los ojos?

A	Si	
B	No	
C	No se	

18.- ¿Una persona con con hipertensión arterial que además padezca de diabetes, tiene mayor riesgo de complicaciones?

A	Si	
B	No	
C	No se	

TRATAMIENTO

19.- ¿Sabe si se puede controlar con medicación la hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No se	

20.- ¿Tiene conocimiento de que hay que tomar la medicación para toda la vida cuando se ha diagnosticado la hipertensión?

A	Si	
B	No	
C	No se	

21.- ¿Usted puede aumentar la dosis de la medicación, si le sube la presión arterial sin prescripción médica?

A	Si	
B	No	
C	No se	

22.- ¿Cuando la presión arterial se normaliza se puede dejar el tratamiento?

A	Si	
B	No	
C	No se	

23.- ¿Le gustaría recibir información sobre su presión arterial?

A	Si	
B	No	

24.- Si su respuesta anterior es Si. ¿Mediante qué técnicas educativas le gustaría recibir esta información?

A	Charlas	
B	Videos	
C	Talleres	
D	Demostraciones	

25.- ¿Cuántas veces a la semana estaría dispuesto a recibir las actividades educativas sobre presión arterial?

A	2 veces por semana	
B	1 vez por semana	
C	1 vez cada 15 días	
D	1 vez por mes	

26.- ¿Cuál es el horario en el que le agradecería recibir las actividades educativas?

A	Mañana	
B	Tarde	
C	Noche	

27.- ¿Cuánto es el tiempo adecuado que duren las actividades educativas?

A	15 minutos	
B	30 minutos	
C	60 minutos	

28.- ¿Qué lugar sería el indicado para el desarrollo de las actividades educativas sobre hipertensión arterial?

A	Centro Salud	
B	Centro comunal	

36.- ¿Qué tamaño de grupos de personas es el apropiado para el desarrollo de las actividades educativas sobre hipertensión arterial?

A	De 2 a 5	
B	De 6 a 10.	
C	De 11 a 15.	
D	De 16 a 20.	



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, (**Barros García Félix Eduardo**), con C.C: # (**0921132734**) autor del trabajo de titulación: (**Diseño de una estrategia educativa para aumentar el conocimiento en pacientes hipertensos asignados al consultorio 1 de Medicina Familiar. Centro de salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021**) previo a la obtención del título de **Especialista en 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, 20 de noviembre de 2021.

f. _____

Barros García Félix Eduardo

C.C: 0921132734

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACION

TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de una estrategia educativa para aumentar el conocimiento en pacientes hipertensos asignados al consultorio 1 de Medicina Familiar. Centro de salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.		
AUTOR	Félix Eduardo Barros García		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Norma del Rocío Huacón Castro		
INSTITUCION:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	61
AREAS TEMATICAS:	Medicina Familiar, Medicina Interna, Geriátrica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Estrategia educativa, hipertensión arterial, conocimiento, adulto mayor.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define hipertensión arterial (HTA) como un trastorno que produce presiones arteriales persistentes, iguales o superiores a los 140/90 mm Hg. La hipertensión arterial es un problema grave de salud pública mundial. La complicaciones de la hipertensión arterial son enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo.</p> <p>Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo transversal con una población de 110 pacientes hipertensos de 20 a 64 años de edad, del consultorio 1 de Medicina Familiar del Centro de Salud de Bastión Popular Tipo C. Se aplicó una encuesta confeccionada por el autor de la investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y diseñar una estrategia educativa.</p> <p>Resultados: La edad que incidió fue el grupo etario de 45-49 años de edad en 35 pacientes para un 21 %, predominó el sexo femenino en 71 pacientes para un 65 %. Con respecto a la variable ocupación, es necesario indicar que el 40 %, se dedica a labores domésticas en el hogar. El nivel de escolaridad que prevaleció fue el de secundaria con 55 pacientes para un 50 %, menos de la mitad hipertensos encuestados conocen parcialmente la definición de hipertensión arterial, sintomatología y complicaciones, en <input checked="" type="checkbox"/> 43 pacientes para un 39 <input type="checkbox"/> %.</p> <p>La población analizada desea aprender y conocer más sobre la hipertensión arterial, preferiblemente por charlas y videos, una vez al mes y preferiblemente en el centro de salud y en la mañana.</p>			
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +-(593-0995489350)	E-mail: (lalobarrosg@hotmail.com, febarrosczs5@gmail.com)	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN(COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: (Dr. Xavier Landívar Varas)		
	Teléfono: +593-4-(3804600) EXT: 1830-1811		
	E-mail: (posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec)		
SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACION:			
DIRECCION URL (tesis en la web):			