



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 LA PREVENCIÓN
DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JOVENES.
CONSULTORIO No 1. CENTRO DE SALUD BALAO. AÑO 2021

AUTOR:

MACIAS CUSME, MELVIN STALIN
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

CUZCO TELLO, LIA VERÓNICA

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. Melvin Stalin Macias Cusme, 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. Lía Verónica Cuzco Tello

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Melvin Stalin Macias Cusme

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio N° 1. Centro de Salud Balao. 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. Melvin Stalin Macias Cusme



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, Melvin Stalin Macias Cusme

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 la prevención de la hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio N° 1. Centro de Salud Balao. 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. Melvin Stalin Macias Cusme

URKUND

Original

Document Information

Analyzed document: HACH1_CLOSRE_HELVIN_STRAUNER_2022.pdf (2126484028)
Submitted: 2023-02-27T04:48:03.0000000
Submitted by:
Submitter email: helvin.mackel@tu-berlin.de
Similarity: 0%
Analysis address: www.landweir.com/analysis/urkund.com



Agradecimiento

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

A mis padres Freddy y Marianita quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han sabido inculcar los valores.

A mi Esposa Lupita quien ha sido mi compañera incondicional desde la universidad, mis hijos Dana, Arella y Francisco por estar conmigo en todo momento gracias.

Mi tío Luis (+) a quien recuerdo con mucho cariño y respeto.

A mis tutores académicos por guiarme en el trayecto de la especialidad, y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

Dedicatoria

A cada uno de las personas que colaboraron para poder realizar esta investigación.



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

ACTA DE CALIFICACION



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

DEDICATORIA	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
2.2 FORMULACIÓN	4
3.OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	5
3.1 GENERAL	5
3.2 ESPECÍFICOS.....	5
4 MARCO TEÓRICO.....	6
4.1 MARCO CONCEPTUAL	6
4.1.1 PREVALENCIA	7
4.1.2 CLASIFICACION	8
4.1.3 MANIFESTACIONES CLINICAS.....	15
4.1.4 DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL.....	16
4.1.5 ESTRATEGIA EDUCATIVA EN SALUD	18
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	22
5 MÉTODOS	25
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
1.1.1 5.3 Diseño de investigación.....	25
1.2 5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	25
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	26
1.3 5.5.1CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	26
1.4 5.5.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	26
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ...	27
5.7 Técnicas de recolección de información	28
5.8 Técnicas de análisis estadístico.....	29
5.9 VARIABLES	30
5.9.1 Operacionalización de variables.....	30
6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
10 ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los adultos jóvenes según edad y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	33
Tabla 2: Distribución de los adultos jóvenes según estado civil y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	34
Tabla 3: Distribución de los adultos jóvenes según escolaridad y sexo. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	35
Tabla 4: Distribución de los adultos jóvenes según ocupación y sexo Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	36
Tabla 5: Distribución de los adultos jóvenes según etnia y sexo Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	37
Tabla 6: Distribución de los adultos jóvenes según su conocimiento sobre las complicaciones de hipertensión arterial y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	38
Tabla 7: Distribución de los adultos jóvenes, según tipo de actividad física que realizan y sexo. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	39
Tabla 8: Distribución de los adultos jóvenes según consumo de sal y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	40
Tabla 9: Distribución de los adultos jóvenes según hábitos nutricionales y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	41
Tabla 10: Distribución de los adultos jóvenes según consumo de cigarrillo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	42
Tabla 11: Distribución de los adultos jóvenes según preferencia de tipo de actividades educativas. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	43
Tabla 12: Distribución de los adultos jóvenes, según tipo de frecuencia que prefieren recibir las actividades educativas. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	44
Tabla 13: Distribución de los adultos jóvenes según el lugar donde prefieren recibir las actividades educativas. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	45
Tabla 14: Distribución de los adultos jóvenes según el tiempo que prefieren	

recibir la actividad educativa. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	46
Tabla 15: Distribución de los adultos jóvenes según el horario que prefieren recibir la actividad educativa. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	47
Tabla 16: Distribución de los adultos jóvenes según el número de participantes para recibir la actividad educativa y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.....	48

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.....	60
ANEXO 2: Encuesta.....	61
ANEXO 3: EstrategiaEducativa.....	64

RESUMEN

Antecedentes: La Hipertensión Arterial (HTA) es la enfermedad más común que afecta la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. En el Ecuador ocupa el cuarto lugar de mortalidad por enfermedades conocidas según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el 2014. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, estuvo constituido por 90 adultos jóvenes no hipertensos del consultorio No1 del Centro de Salud Balao 2021. Se aplicó una encuesta confeccionada por el autor.

La cual incluyo tres componentes: variables sociodemográficas, nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial, identificar factores de riesgo, componentes del diseño de la estrategia educativa. **Resultados:** Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 30-34 años con un %27,8 sexo femenino. El 51,1 % con nivel de escolaridad secundaria. El 55,6 % estado civil unión libre. El 80,0 % mestizos y el 13,3% blanco. El no conocimiento sobre complicaciones hipertensión arterial fue 53,3 %, actividad física inadecuads 67,8%, consumo inadecuado de sal 65,6 %, hábitos nutricionales inadecuado 60,0%, no consumo de cigarrillo 64,4 %.

La estrategia quedo conformada mediante charlas quincenales en el centro de salud,30 minutos de duración, en la tarde, grupo de 11 a 20 personas. **Conclusiones:** Los adultos jóvenes no tienen conocimiento de como prevenir la hipertensión arterial, sobre todo en los factores de riesgos que la ocasionan, ni sus complicaciones, se necesita realizar estrategias educativas que eleven el nivel de conocimiento y adaptar estilos de vida saludable para prevenir esta enfermedad.

Palabras Clave: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES PREDISPONENTES, ESTRATEGIA EDUCATIVA.

ABSTRACT

Background: Arterial Hypertension (HTN) is the most common disease that affects the health of individuals and populations in all parts of the world. In Ecuador, it ranks fourth in mortality from known diseases according to data from the National Institute of Statistics and Censuses in 2014.

Methods: a descriptive, observational, cross-sectional study was carried out, it was constituted by 90 non-hypertensive adults from the clinic No1 of the Center Balao Health 2021. A survey prepared by the author was applied. Which included three components: sociodemographic variables, level of knowledge about arterial hypertension, identifying risk factors, components of the design of the educational strategy.

Results: It was evidenced that the age group that predominated was 30-34 years with 27.8% female. 51.1% with secondary schooling level. 55.6% civil status free union. 80.0% mestizo and 13.3% white. The lack of knowledge about complications of arterial hypertension was 53.3%, inadequate physical activity 67.8%, inadequate salt consumption 65.6%, inadequate nutritional habits 60.0%, no cigarette consumption 64.4%. The strategy was formed by biweekly talks in the health center, 30 minutes long, in the afternoon, a group of 11 to 20 people.

Conclusions: Young adults do not have knowledge of how to prevent arterial hypertension, especially in the risk factors that cause it, nor its complications, it is necessary to carry out educational strategies that raise the level of knowledge and adapt healthy lifestyles to prevent this disease.

Keywords: ARTERIAL HYPERTENSION, PREDISPONENT FACTORS, EDUCATIONAL STRATEGY.

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una presión arterial (PA) sistodiastólica constante de al menos 140/90 mmHg, medida en al menos tres mediciones en condiciones adecuadas, preferiblemente en tres días diferentes o cuando la presión arterial inicial es muy alta y / o cuando el Paciente tiene valores normales en tratamiento antihipertensivo. (1)

Los factores que se han identificado que contribuyen a la aparición de HTA incluyen la edad, la ingesta alta de sodio, una dieta alta en grasas saturadas, el tabaquismo, el estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como la obesidad, los trastornos de los lípidos y la diabetes. (2)

La hipertensión arterial está muy extendida en todo el mundo, por lo que deben tenerse en cuenta sus diversos factores económicos, sociales, culturales, ecológicos y étnicos. (3)

Por esa razón la OPS/OMS busca intensificar y desarrollar estrategias e instrumentos para facilitar el desarrollo de actividades de detección precoz, control permanente y ampliación del nivel de conocimiento de la población. (4)

La detección temprana, el tratamiento apropiado y el control de la hipertensión brindan importantes beneficios económicos y de salud, por lo que la identificación temprana de aquellos que pueden tener mayor o menor riesgo de desarrollar la enfermedad es una necesidad crucial. La hipertensión afecta a más del 30% de la población adulta mundial y es un factor de riesgo importante de enfermedad cardiovascular, especialmente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, así como enfermedad renal crónica e insuficiencia cardíaca y demencia. 1,6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares que ocurren cada año en la región de las Américas, incluyendo alrededor de medio millón de personas menores de 70 años, se consideran muertes prevenibles y prematuras. (5)

Debido a la prevalencia actual de la HTA y al hecho de que se distribuye en todas las regiones del mundo, teniendo en cuenta muchos factores de carácter económico, social, cultural, ambiental y étnico, asociados a hábitos alimentarios inadecuados, reducción de la actividad física, entre otros. Aspectos conductuales asociados a los hábitos tóxicos, es necesario implementar estrategias de intervención y control que contribuyan a reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares a través de la adopción de un estilo de vida saludable en la población. (35)

La prevalencia de sedentarismo en Ecuador es del 60% en adultos. Apenas el 11% de la población realiza actividad física de manera habitual. (6)

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen unos 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. (7)

El tabaco es la causa de muerte del 50% de sus consumidores; mata a más de cinco millones de personas en todo el mundo que son o son fumadores activos y más de 600.000 fumadores pasivos, y constituye un problema de exclusión económica, ya que casi el 80% de todos los fumadores en el mundo viven en países de ingresos bajos y medianos. (36)

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de Estrategia Nacional de Prevención y Control y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria y Multicultural (MAISFCI), no cesa los esfuerzos para planificar estrategias de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, con el objetivo de beneficiar a las poblaciones mejorando sus estilos de vida y evitando complicaciones.

EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Según la OMS se estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% en 2025 (con respecto a los valores de referencia de 2010).

Las enfermedades cardiovasculares hoy en día, son la principal causa de muerte en la mayoría de los países, siendo considerada como problema de salud pública, por lo que es importante establecer programas de prevención, detección y evaluación de los mismos, de esta manera poder mejorar el grado de conocimiento sobre esta enfermedad a fin de prevenirla.

En la actualidad la hipertensión arterial es una enfermedad que se relaciona con múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico. Siendo una enfermedad que causa morbilidad y mortalidad en el mundo, América Latina. En Ecuador, está entre las 10 causas de muerte; tuvo 3 409 casos en el 2017.

Dada la magnitud de esta problemática de salud a nivel mundial, por consiguiente, en el Cantón Balao, no hay un diseño de estrategia educativa para la prevención de hipertensión arterial en la población adulta de 20-39 años, atendida en Consultorio No1 de Medicina Familiar y comunitaria del centro de salud Balao por el cual se realizó esta investigación.

Considerando la problemática anterior, es que se planteo la siguiente interrogante:

2.2 Formulación

¿ Que elementos se debe de considerar, en el diseño de una estrategia educativa para la prevención de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao año 2021?

3.OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio No1 de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Balao. Año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población de estudio.
- Identificar factores de riesgo de hipertensión arterial en la población de estudio.
- Determinar los componentes de la estrategia educativa.
- Elaborar la estrategia educativa para prevenir hipertensión arterial en adultos.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

Existen múltiples definiciones de la HTA enunciadas desde diferentes puntos de vista. Algunas de ellas enfocan en aspectos fisiopatológicos, otras enfocan en aspectos clínicos; nosotros proponemos una vieja definición de Kaplan que la caracteriza como “aquel nivel de PA en que los beneficios de la acción superan los riesgos y los costos de la inacción”.

Jerarquizamos el aspecto práctico de esta definición que permite un nivel de corte variable adaptado a cada paciente para definir los valores deseables de PA y, lo que es más importante, para guiar la terapéutica. (8)

El protocolo del manejo de enfermedades crónicas no transmisibles de Ministerio de Salud Pública del Ecuador del 2011 define a la hipertensión arterial como una “enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg”.

La HTA es un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y una de las principales causas de discapacidad debido a las secuelas del accidente cerebrovascular, y juntas representan la causa más importante de muerte, muerte prematura y discapacidad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad afecta a más de un tercio de los adultos de 25 años o mayores, proporción cercana a los mil millones de personas. Más aún, la OMS destaca que la HTA continúa siendo la principal causa de muerte en el mundo, produciendo alrededor de 9,4 millones de muertes cardiovasculares por año, y acortando 5 años aproximadamente la expectativa de vida (9)

4.1.1 PREVALENCIA

En los Estados Unidos, la enfermedad afecta a unos 50 millones de personas. En algunos países europeos como España, la población general oscila entre los 30 y los 35 %. La prevención de esta entidad es la medida de salud más importante, extendida y menos costosa, implementada con incentivos y educación para modificar los estilos de vida, con impacto en los factores de riesgo relacionados con la HTA (26)

En América Latina la prevalencia de la hipertensión fue similar en Argentina (25-36%), Uruguay (30%), Paraguay (21-30%) y el sur de Brasil (31-33%). En Chile se encontraron diferencias dependiendo del nivel socio-económico (bajas condiciones: 24,5%, altas condiciones: 17,9%). (10)
Según datos estadísticos de la OMS la prevalencia de la hipertensión arterial en Ecuador en el año 2012 fue del 37% (11).

Nuevos conocimientos en relación con la HTAS indican que no solo es el nivel numérico en mm Hg lo que establece el riesgo, sino que existen otros factores que deben ser tomados en cuenta al estratificar el riesgo del enfermo. Desde luego que las cifras de presión arterial siguen siendo una piedra angular en la estratificación de riesgo, pero nuestro enfoque debe ser integral.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el límite para definir a una persona como hipertensa es de más de 140 mm Hg en la presión sistólica o una elevación ≥ 90 mm Hg en la diastólica. (12)

Es importante tener en cuenta que la PA, es una variable continua, lo cual significa que a mayores cifras tensionales mayor es el riesgo cardiovascular.

- En su informe la OMS en el 2014 refiere que “en los países de ingreso bajos

y medianos la hipertensión no solo es más prevalente, sino que también hay más personas afectadas por ella porque el número de habitantes de esos países es mayor que el de los países de ingresos altos. Además, a

causa de la debilidad de los sistemas de salud, el número de personas hipertensas sin diagnóstico, tratamiento ni control de la enfermedad también es más elevado en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos elevados. La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta inadecuada, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.” (34)

4.1.2 CLASIFICACION

Clasificación y valores de la presión arterial según AHA (American Heart Association) Criterios diagnósticos según por la Asociación Americana de Cardiología.

Presión arterial (PA) normal: $< 120 / < 80$ mmHg.

Presión arterial elevada PAS > 120 -129 mmHg y PAD < 80 mmHg.

Hipertensión estadio 1: PAS 130-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg.

Hipertensión estadio 2: PAS > 140 mmHg o PAD > 90 mmHg

La clasificación según la etiología considera lo siguiente:

HTA esencial o primaria: 85-90% de los casos. Es de origen desconocido donde contribuyen múltiples factores como obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, entre otros. Se requiere para esta clase de HTA el tratamiento de por vida, con especial énfasis en los cambios en el estilo de vida.

HTA secundaria: 10-15 % de los casos. Se debe generalmente a malformaciones arteriales, renales o de la aorta; y problemas hormonales (corteza o médula suprarrenal, hipófisis, tiroides, etc) entre otros. Más frecuente en niños y jóvenes, y en muchos casos “curables”, una vez resuelto el problema que lo originó.

Medición de la presión arterial

- La medición correcta de la PA es el método que permite el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas en la HTA por lo cual debe ser medida en

forma correcta, exacta y estandarizada. El diagnóstico de HTA no puede hacerse con una toma aislada de la PA, ésta debe realizarse dos a tres veces en el consultorio con dos minutos de intervalo entre cada toma y de ser posible en varios controles realizados fuera del consultorio (control domiciliario o ambulatorio de 24 horas) antes de la toma de la decisión terapéutica farmacológica, salvo que los valores estén muy elevados. En relación al tipo de aparato el ideal es el esfigmomanómetro a mercurio, que está siendo sacado de uso porque el mercurio es tóxico.

Por lo cual, el más usado es el aneróide, que debe ser calibrado periódicamente por lo menos cada 6 meses o según el uso, y los electrónicos automáticos, preferentemente los aparatos de brazo, que, bajo correctas normas de uso, con el brazo bien relajado y control adecuado de calibración, pueden ser usados por ser prácticos y sencillos.

Monitoreo ambulatorio de la presión arterial

El monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) permite evaluar la presión arterial en el contexto de la vida cotidiana del paciente, obtener un número mayor de mediciones en un lapso menor de tiempo y determinar los valores promedio de 24 horas, diurno, nocturno y períodos especiales como el matinal y la 10 siesta.

Está indicado principalmente cuando se sospecha:

- ✓ Hipertensión arterial de bata blanca: los que presentan HTA en el consultorio y normotensión ambulatoria.
- ✓ Hipertensión arterial enmascarada u oculta: los que presentan presión arterial normal en el consultorio o HTA ambulatoria.
- ✓ Cuando se sospecha hipertensión refractaria
- ✓ Diagnóstico de HTA, sobre todo en aquellos con presión arterial normal alta o pacientes con HTA grado 1.
- ✓ Cuando se desee verificar o evaluar la eficacia de la terapéutica farmacológica. (13) La clasificación del JNC7 se basa en el promedio de ≥ 2 medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien calibrados, en cada una de ≥ 2 visitas médicas.

De acuerdo a esto han dividido a la hipertensión en estadios 1 y 2. Además

el JNC7 ha definido la presión arterial normal como < 120 y < 80 mmHg, los niveles intermedios de 120 a 139 y de 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión.

Los pacientes diagnosticados con pre-hipertensión tienen un riesgo incrementado para desarrollar HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mm de Hg tienen un doble riesgo para presentar HTA que los sujetos que tienen cifras menores. (14)

Factores de riesgo

Considerando que el origen de la HTA es primario (de causa desconocida) y secundario a otros trastornos que elevan la presión arterial (PA), el análisis e identificación de posibles factores de riesgo ha llevado a que se estudien múltiples variables, que pueden influir en la aparición y control de las lecturas de PA elevadas importantes, que incluyen: edad, raza, tabaquismo, antecedentes familiares, menopausia, hábitos alimentarios, obesidad, etc. (15)

Edad

Al investigar la ocurrencia de HAS en relación a la edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión en relación a la edad, llegando hasta el 70% entre los individuos con más de 70 años, siendo que el promedio estudiado fue de 25,3% con edad entre 18 y 93 años. Cipullo et al (2010) y Costa et al (2009)

Ávila et al (2010) relata la existencia de una relación directa de la Presión Arterial con la edad, siendo la prevalencia de HAS superior al 60% en individuos con más de 65 años.

Factores Genéticos

Según Ávila et al (2010) existe una correlación entre los factores genéticos y la hipertensión arterial, todavía no existen variantes genéticas que puedan determinar el riesgo individual de desarrollo de la hipertensión arterial.

Kuschnir y Mendonça (2007) relatan que en los últimos años está siendo estudiada cuál es la asociación de la desnutrición intrauterina con patologías degenerativas, tales como la hipertensión, enfermedades

coronarias, entre otras. Se cree que la hipertensión puede ser determinada por alteraciones en sistemas biológicos, originarios a partir de la combinación de genes, contribuyendo al aumento en los niveles tensionales de la presión arterial.

Género y etnia

En términos de sexo y etnia la prevalencia de hipertensión arterial fue similar entre hombres y mujeres, pero fue mayor en los hombres hasta los 50 años variando a partir de la quinta década. Según un estudio de Ávila et al. (2010) y Ferreira et al. (2009) en comparación con la etnia la hipertensión arterial es más del doble de común en los negros. (29)

Las poblaciones negras tienden a sufrir más estrés que las poblaciones blancas de la misma edad con variaciones entre regiones geográficas. Un estudio National Health and Nutrition Examination Survey en los Estados Unidos informó una prevalencia de presión arterial alta en los negros mostrando que la prevalencia en los negros es del 40.5% mientras que en los blancos es del 27.4 % y para los latinos es del 25.1. %. (33)

Factores socioeconómicos

Las diferencias socioeconómicas juegan un papel importante en la vida de las personas es posible determinar su estado de salud ya que las personas con mejor salud tienen un mejor acceso a la información una mejor comprensión de las condiciones médicas y una mejor adherencia al tratamiento. La prevalencia de enfermedad cardiovascular fue mayor en los grupos de menor nivel socioeconómico. Cipullo et al (2010).

Un bajo nivel educativo se asocia con tasas más altas de enfermedades crónicas no transmisibles especialmente hipertensión arterial. NASCENTE (2010). (29)

Exceso de peso y obesidad

Estudios de Ávila et al (2010) relatan que el exceso de peso se asocia con mayor predominio a la hipertensión arterial desde edades jóvenes, y que, en la vida adulta, incluso entre individuos no sedentarios, un incremento de 2,4kg/m² en el índice de masa corporal resulta en mayor riesgo de

desarrollar la hipertensión.

En estudios de Costa et al (2009) y Nascente (2010) se puede ver que la obesidad lleva a un envejecimiento no exitoso. El riesgo de morir presenta una relación con el índice de masa corporal, así personas con exceso de peso tienen mayor probabilidad de desarrollar varias patologías como hipertensión, diabetes tipo 2, entre otras.

Peixoto et al (2006) sugieren que aproximadamente 70% de los casos nuevos de hipertensión arterial pueden ser atribuidos a la obesidad o al aumento de peso. (29)

Los datos sobre aumento de sobrepeso y obesidad, refuerzan la necesidad de implementación de medidas objetivas para su combate a través de acciones en la Estrategia Salud de la Familia, disminuyendo la morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Nascente (2010)

La fuerte relación entre la obesidad y la hipertensión arterial indica la urgencia de medidas educativas capaces de actuar sobre los factores de riesgo que pueden determinar el predominio de la hipertensión arterial. (JARDIM,2007) (29)

En individuos obesos el gasto cardíaco, el volumen de eyección y el volumen intravascular son más altos, con una correlación aún mayor con los ácidos grasos libres (AGL) que con la masa adiposa. Se observa mayor nivel de la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) que refleja un fallo en la inhibición de la descarga simpática cardíaca. Además, en los individuos obesos existe un aumento del número de adipocitos que secretan distintas sustancias capaces de producir insulinoresistencia, incluidos los AGL y múltiples polipéptidos, entre los que se encuentra la resistina. La mayoría de los pacientes obesos presentan resistencia a la insulina (32).

Sedentarismo

En cuanto al sedentarismo, Ávila et al (2010) refieren que la actividad física reduce la incidencia de HAS en individuos pre hipertensos además de reducir la mortalidad y los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Las actividades físicas reducen la mortalidad por problemas cardiovasculares, independientemente de la presión arterial y de otros factores de riesgo, existiendo fuertes evidencias de que la actividad física disminuye la presión sanguínea, prediciendo un envejecimiento saludable. Costa et al (2009)

Ingestión de alcohol

Para Ávila et al (2010) la ingestión prolongada de alcohol puede, además de aumentar la presión sanguínea, aumentar la mortalidad cardiovascular en general. (29)

Se han descrito varios posibles mecanismos por los que el alcohol media su efecto en la PA:

- Aumento de los niveles de renina-angiotensina y/o de cortisol.
- Efecto directo sobre el tono vascular periférico, probablemente a través de interacciones con el transporte del calcio.
- Alteración de la sensibilidad a la insulina.
- Estimulación del Sistema Nervioso Central.
- Depleción de magnesio que podría provocar vasoespasmo e HTA. El consumo excesivo de alcohol se relaciona con un aumento de la PA, así como con arritmias cardíacas, miocardiopatía dilatada y accidentes cerebrovasculares hemorrágicos. La mortalidad por accidente cerebrovascular hemorrágico aumenta en caso de consumo excesivo de alcohol. La mortalidad por enfermedad cardiovascular es menor en personas que ingieren alcohol moderadamente (< 2 copas/día) (31)

Tabaquismo

Costa et al (2009) refiere que el tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares.

El tabaco se debe evitar en la población en general, y en hipertensos en particular, ya que aumenta marcadamente el riesgo de enfermedad coronaria y parece estar relacionado con la progresión hacia insuficiencia

renal. (29)

Ingesta baja de potasio

La OMS en un documento del año 2014 recomienda que el consumo de potasio debiera ser aproximadamente de 90 mmol al día, a partir del consumo de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Los alimentos ricos en potasio son las alubias y guisantes (1.300 mg de potasio por cada 100 g), frutos secos (600 mg/100 g), las espinacas, la col y el perejil (550 mg/100 g) y frutas como el plátano (300 mg/100 g) (30).

Hábitos alimentarios

Jardim (2007) y Ávila et al (2010) relatan que el perfil de la población brasileña cambió en relación a los hábitos alimentarios y de vida, pues esta se expone de forma cada vez más intensa a los riesgos cardiovasculares. El cambio en las cantidades de alimentos ingeridos y la composición de la dieta, sumada a la baja frecuencia de la actividad física, provocó alteraciones significativas en el peso corporal y en la distribución de la obesidad, aumentando su prevalencia en la población.

El consumo de sal excede los límites máximos recomendados para la ingestión en todos los países, en todos los extractos de renta, sabemos que la restricción de sal acompañada de hábitos alimentarios saludables contribuye a la reducción de la presión arterial, pudiendo llevar a la reducción de la medicina anti-hipertensiva. Costa et al (2009) y Ávila et al (2010)

La meta internacional para el 2020 es que cada persona ingiera por día menos de un total de 2000 mg de sodio o 5 g de sal. Los países deberían utilizar los métodos más fidedignos y válidos para determinar un nivel de referencia de las fuentes principales de sal en el régimen alimentario de la población, es decir, la sal presente en los alimentos procesados comercialmente y los alimentos consumidos en los restaurantes o provistos por los servicios de comida, se agregada antes de comercializarlos, y la sal u otros productos de alto contenido de sal agregados en la mesa y al cocinar, y el consumo de sal a nivel de la población.(28)

Los hábitos alimentarios influyen directamente en la morbimortalidad cardiovascular. El estudio realizado por Costa et al (2009) señala que dietas ricas en frutas y hortalizas y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, contribuyen a la reducción del peso y reducción de la presión arterial.

Coltro et al (2009) creen que las medidas educativas que estimulen los cambios en el estilo de vida y hábitos alimentarios de la población todavía son insuficientes, sospechándose que la población no tenga amplio acceso a las informaciones sobre la prevención primaria de diversas enfermedades. (16)

4.1.3 MANIFESTACIONES CLINICAS

La hipertensión se conoce como el asesino silencioso porque es un trastorno crónico y asintomático que daña silenciosamente los vasos sanguíneos el corazón el cerebro y los riñones si no se detecta ni se trata. La mayoría de los pacientes hipertensos no presentan síntomas específicos relacionados con su presión arterial alta y estos generalmente se identifican durante un examen físico de rutina. Cuando los síntomas requieren atención médica están relacionados con síntomas de hipertensión arterial síntomas de enfermedad vascular hipertensiva y síntomas derivados de la enfermedad subyacente en la escuela hipertensión secundaria (21).

Uno de los síntomas más comunes es el dolor de cabeza especialmente visto en la hipertensión severa localizado en la región occipital el paciente se despierta con dolor de cabeza y cede a las pocas horas. Otros posibles síntomas son: mareos nerviosismo fatiga fácil e impotencia.

Varios factores de riesgo vascular (endurecimiento de las arterias hipercolesterolemia diabetes hipertensión arterial taquicardia) tienen un efecto sinérgico acelerando la aparición y exacerbación de la enfermedad disfunción eréctil.

Debido a la enfermedad vascular los pacientes pueden experimentar epistaxis hematuria visión borrosa debido a cambios en la retina, así como episodios de debilidad o mareos debido a ataques isquémicos transitorios angina y disnea posterior.

Insuficiencia cardíaca.

En ocasiones el dolor en el pecho puede ser el resultado de un aneurisma aórtico disecado o roto. Con hipertensión secundaria los pacientes pueden presentar poliuria poliuria y deilidad muscular secundaria a hiperaldosteronismo primario o pueden mostrar aumento de peso e inestabilidad emocional en los pacientes con síndrome de Cushing. Los pacientes con feocromocitoma pueden presentar cefalea palpitaciones sudoración profusa e hipotensión postural. (21)

4.1.4 DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

La medición e interpretación precisas de la presión arterial es esencial en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión. La precisión es un requisito esencial para satisfacer las premisas anteriores. Por lo tanto los valores incorrectos darán lugar a errores en la evaluación y el tratamiento del paciente. Hay muchos pasos que se deen seguir para lograr la máxima precisión en este proceso.

Para medir la PA se dee utilizar un esfigmomanómetro ya sea de mercurio esfigmomanómetro o medidor digital. El paciente dee sentarse con la espalda contra el respaldo de una silla descansar al menos 5 minutos antes de medir la PA colocar los pies en el suelo y toda la extremidad superior descuierta estirada y acostada sore una superficie estale. a nivel del corazón. La persona no dee fumar ni eer café alcohol u otras eidas calientes durante 30 minutos antes de la pruea de presión arterial (22).

Tratamiento no farmacológico o modificaciones del estilo de vida

Las intervenciones relativas a modificar estilos de vida constituyen el eje central de la prevención de la HTA y forman parte indisoluble del tratamiento integral del paciente hipertenso. Todos los hipertensos deben realizar modificaciones en el estilo de vida, estas tienen un impacto positivo tanto en el control de la PA como en el tratamiento con fármacos antihipertensivos; su principal cuestionamiento radica en la inestable

adherencia a largo plazo. Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en personas no hipertensas, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos

.

Las modificaciones en el estilo de vida se resumen en:

- Reducción y control del peso corporal.
- Reducción de la ingesta de sal.
- Realizar ejercicios físicos regularmente.
- Dejar de fumar.
- Limitar la ingestión de bebidas alcohólicas.
- Otras sugerencias en la dieta. (17)

Adoptar un estilo de vida saludable es fundamental para prevenir la hipertensión y es muy importante en pacientes hipertensos. Los cambios en el estilo de vida que son beneficiosos para bajar la presión arterial como la pérdida de peso en personas obesas y con sobrepeso mejoran los hábitos alimentarios por lo que la Organización Interamericana de Salud (OPAS) OMS busca incrementar Fortalecer e implementar estrategias y herramientas para facilitar el desarrollo de actividades de detección temprana control permanente y mejoramiento del conocimiento público de la enfermedad sus factores de riesgo e impactos causados por la hipertensión arterial así como el impacto de su control y prevención en la salud pública. (23)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento medicamentoso de la HAS está compuesto por grupos de medicamentos de acciones diversas cuyo objetivo mayor es la reducción de la morbimortalidad cardiovascular. Este beneficio es observado, independientemente de la clase de medicamento utilizado.

La adhesión es definida y caracterizada por el grado de concordancia entre lo que fue prescrito por el médico y el comportamiento del individuo, en

términos medicamentosos, nutricionales y cambios en el estilo de vida.

Así, son necesarios cambios en algunos hábitos y costumbres, en relación a la alimentación, al consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, así como la práctica de ejercicios físicos. Cambiar el hábito de vida implica cambios en la forma de vivir y en la propia idea de salud que tiene el individuo. (18)

4.1.5 ESTRATEGIA EDUCATIVA EN SALUD

Los programas de promoción y educación para la salud, contribuyen a fomentar estilos de vida sanos, prevenir la morbilidad y la mortalidad derivadas de hábitos no saludables, así como a restaurar la salud cuando esta se ha perdido. Se confeccionan a partir de un análisis causal de los problemas de salud prevalentes en la comunidad. Deben tener los siguientes elementos:

I. El problema de salud definido. II. Objetivos generales y específicos. III. Límites del programa (población, tiempo, geográfico). IV. Actividades a desarrollar para dar cumplimiento a los objetivos. V. Recursos humanos y materiales necesarios para ejecutar el programa. VI. Control y evaluación.

I.- Definición del problema de salud debe ser expresado en forma clara y breve, teniendo en cuenta la situación epidemiológica, el cuadro de salud o el análisis de la situación de salud.

Para definir claramente el problema de salud, se requiere realizar un diagnóstico educativo (es decir, conocer qué necesidades tiene la población desde el punto de vista educativo).

El objetivo general debe ser genérico y que resuelva (al menos parcialmente) el problema de salud. En cuanto a los objetivos específicos, se debe realizar el diagnóstico de necesidades educativas, realizar diseños, estrategias (o programas) de intervención sobre enfermedades crónicas no transmisibles, y, por último, evaluar la efectividad e impacto del programa de intervención.

Límites del programa Deberá limitarse claramente la población, el tiempo y el lugar donde se desarrollará el programa. Acerca de cada una de las acciones, se expondrán datos como: técnicas, medios de enseñanza, tema, responsable y participantes, fecha y lugar. Deberán involucrarse las

organizaciones de masa y representantes de sectores y organismos determinados, por ejemplo: Consejo Popular, funcionarios de salud.

Recursos Se especificarán los recursos necesarios tanto humanos como materiales, los ya existentes y su localización, los que faltan se debe escribir en qué forma se pudiera obtener. (24)

Control y evaluación Control: Es necesario examinar, conocer y juzgar la marcha del programa a través de supervisiones sistemáticas que sugerirán modificaciones en beneficio de su buen desenvolvimiento y del alcance de los objetivos. después de aplicado el programa). También se evalúa la factibilidad (si los resultados se corresponden con los recursos utilizados) y la eficiencia (si se utilizó adecuadamente el tiempo y los recursos).

La educación para la salud tiene como objetivo cambiar positivamente los conocimientos las actitudes y los comportamientos sobre la salud de las personas los grupos y las comunidades. En este sentido involucra tres niveles de acción: gran escala colectiva e individual. La educación en salud masiva informa a las personas (respetando sus características socioculturales) sobre la adopción de conductas que reduzcan el riesgo de enfermedades comunes en la región como infecciones del tracto urinario enfermedades respiratorias agudas (IRA) y enfermedades gastrointestinales. En la vertiente grupal se proyecta a través del desarrollo de talleres y charlas en un contexto comunitario. Los mensajes de salud son en su mayor parte los mismos que a nivel masivo; Se pueden encontrar variaciones en las situaciones y en los canales de comunicación utilizados. Esta educación debe impartirse en las escuelas y centros de salud, así como en otros puntos "clave" de la comunidad.

Puede dirigirse tanto a poblaciones sanas como a poblaciones afectadas por cualquier enfermedad esto dependerá de los objetivos de la actividad en particular. Los grupos deben ser homogéneos. La educación sanitaria individualizada se refiere al cuidado específico de una persona. Es claro que el desarrollo de programas de educación y promoción de la salud tiene un fuerte componente pedagógico y comunicativo sostiene este estudio (24)

Los programas de promoción y educación para la salud, contribuyen a fomentar estilos de vida sanos, prevenir la morbilidad y la mortalidad derivadas de hábitos no saludables, así como a restaurar la salud cuando esta se ha perdido. Se confeccionan a partir de un análisis causal de los problemas de salud prevalentes en la comunidad. (24)

Importancia de la salud para la educación

La educación en el campo de la medicina suele adoptar un enfoque terapéutico, aunque se enmarca en términos de prevención y cambios en las actitudes de las personas y la adopción de un estilo de vida saludable como base para la rehabilitación. Esta posición ignora todos los medios de funcionamiento en el comportamiento social. Las nuevas necesidades sanitarias solo pueden satisfacerse integrando la participación de los responsables de su propia salud. Los servicios de salud deben responder a este nuevo enfoque y por ello también será necesario reorientar estos servicios de salud. La acción comunitaria será esencial para lograr este compromiso. Intentaremos desarrollar un modelo en torno a tres conceptos: acción social en salud participación social e intervención comunitaria y esto se hará mediante el empoderamiento conjunto de los actores sociales para generar nuevos recursos cambiar comportamientos y actitudes (27)

BASES LEGALES

Constitución Política de la República del 2008

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (25).

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

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

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (25)

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”. Numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención

en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera” (25)

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. (25)

4.2 Antecedentes investigativos.

Ruiz G., (2015) en Peru se realizo un estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre medidas preventivas de hipertensión arterial en pacientes de consultorio de medicina el CMI. Cesar López Silva de Villa el Salvador Lima. Material y método: Estudio de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo y corte transversal. Resultados: del 100%(140), sobre medidas preventivas de hipertensión arterial, conocen 59%(82) y no conocen 41% (58); conocen:74%(103) sobre control de peso (su disminución es benéfico, mensualmente deben controlar su peso), 52%(73) en alimentación (consumir frutasverduras), 54%(75) sobre control de consumo de sal, 64%(89) sobre actividad física (falta de actividad física aumenta el riesgo, debe practicar aeróbicos y correr, al menos 30 minutos y 5 veces por semana) y 64%(89)controlar consumo de sustancias psicotóxicas (alcohol, cigarro)(19)

Correa D., Quintero M. y Varela M (2013) estudio sobre: “Conocimientos y creencias sobre la hipertensión arterial presentes en usuarios de servicios de salud”, Colombia 2013 [Revista de Pensamiento Lógico]. Estudio no

experimental, descriptiva y transversal, teniendo como muestra 87 sujetos usuarios menores de 40 años sanos de los servicios de salud de la Ciudad de Cali. Tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimientos, sus riesgos y explorar las creencias con relación a la causa, factores de riesgo y sostenimiento de la Hipertensión Arterial. Su resultado fue que existe poco conocimiento sobre la hipertensión arterial y sus implicaciones, entre sus resultados por ítems, el 51.69% respondieron con cifras incorrectas de la presión arterial normal y aseguraron no conocer la cifra; 72.41% identifico como consecuencia de la hipertensión arterial la presencia de problemas cardiovasculares y 59.77% las complicaciones relacionadas con el cerebro y que ningún sujeto hizo referencia a las complicaciones del riñón y los ojos. De acuerdo a las creencias hay 77.01% cree que "cuando se está joven se puede comer todo, nada hace daño", un 77.41% cree que "los jóvenes deben ir donde el médico, solo cuando se enfermen", un 62.36% cree "el alcohol solo hace daño cuando estamos viejos", un 47.12% cree que " estar gordo es señal de estar saludable" y un 39.08% cree que " cuando se esta joven no es tan dañino fumar". Concluyendo así que la información distorsionada compone una de las principales barreras para que las personas adopten comportamientos saludables y que se deben plantear programas psicoeducativos que metodologías que promuevan conductas saludables y fortalezcan la responsabilidad persona en el tratamiento (20).

Cuzco L. Ecuador (2017). Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, el universo estuvo constituido por 167 adultos jóvenes no hipertensos del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales 2015 – 2016. Se aplicó una encuesta confeccionada por la autora de la investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial y diseñar una estrategia educativa. Resultados: Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 20 – 24 años con un 30,5%. El 68,9% estuvo representado por el sexo femenino. El 58,1% de los participantes tienen nivel de escolaridad secundaria. El 49,1% de estado unión libre. El 84,4%

se autoidentificaron como mestizos y el 69% fueron amas de casa. El nivel de conocimiento fue bajo en un 91% de los encuestados, siendo el sexo masculino el que tiene menos conocimiento, con un 94,2%. La estrategia quedó conformada mediante charlas semanales, de 30 minutos de duración, en grupo de 5 a 10 personas. (37).

Bajaña F. Ecuador (2017) "Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016". Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyeron 59 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, pertenecientes al consultorio 5 y 15 del CS Pascuales, que acudieron desde enero 2015 a abril del 2016. Variables: nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial, edad, nivel escolar, ocupación, estado civil. La información se obtuvo por cuestionario autoadministrado. Resultados: El nivel de conocimiento de los hipertensos fue (32,2%) no conoce y si conoce (67.8%) el conocimiento predominó en mujeres de 52 años (67.8%; [40/59]), mestizas (100%) casadas (44.1%) escolaridad primaria (79.9%), la ocupación ama de casa (55.9%), los factores de riesgos que menos conocían fueron la edad, el sexo y la alimentación, las complicaciones menos conocida las renales, los componentes de la estrategia educativa se conformo por charlas, una vez a la semana .(39)

5 MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

Descriptivo

5.2 Tipo de investigación.

a. Según la intervención del investigador: Observacional ya que no existió manipulación del investigador sobre el objeto de estudio.

b. Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo ya que la fuente de información fue primaria.

c. Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal ya que se midió en una sola ocasión.

d. Según el número de variables analíticas: Descriptivo ya que es un análisis univariado donde no se asociaron variables.

1.1.1 5.3 *Diseño de investigación.*

Estudio de prevalencia o corte transversal.

1.2 5.4 **Justificación de la elección del método**

La selección del método responde al problema de investigación, es factible y adecuado para dar respuesta a la interrogante planteada en la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio. Este nivel, tipo y diseño de método sirve para responder la pregunta de investigación dando salida a los objetivos planteados. Los datos revelan la evolución natural de los eventos investigado.

5.5 Población de estudio.

La población de estudio, estuvo constituida por los pacientes adultos jóvenes no hipertensos con edades comprendidas entre 20 a 39 años de edad, de ambos sexos asignados al consultorio No 1 de Medicina Familiar y Comunitario del Centro de Salud de Balao. La cifra de pacientes fue de 90.

1.3 5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La población de estudio estuvo constituida por 90 pacientes adultos de 20 a 39 años de edad, que no están diagnosticados con hipertensión arterial, del consultorio No 1 del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Balao, en el año 2021, que cumplieron los criterios de participación en la investigación. El marco poblacional se obtuvo de las fichas familiares del consultorio.

1.4 5.5.1.1 Criterios de inclusión.

1. Pacientes que habitan regularmente dentro de la zona de estudio y que previa firma del consentimiento informado, aceptan participar en esta investigación

5.5.1.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes que después de 2 citas al centro de salud y 2 visitas al domicilio no se los puede contactar.
2. Paciente con discapacidad intelectual que le imposibilite responder la encuesta.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

Antes de la recopilación de la información y cumpliendo con las normas éticas, la presente investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Con la aprobación de la directora de la unidad operativa.

Para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki.

Se informó a los pacientes sobre los objetivos del estudio, y como constancia quedó la firma del consentimiento informado.

Se realizó una encuesta, tipo test, construida por el autor de la investigación cumpliendo los criterios de Moriyama, validada por tres expertos (médico familiar, médico general integral, bioestadístico) del centro de salud, a partir de la revisión de fichas familiares se procedió a seleccionar a pacientes adultos jóvenes, no diagnosticados con hipertensión arterial. Los mismos que reciben atención en el consultorio No1 del Centro de Salud Balao.

Posteriormente la versión final de la encuesta quedó conformada por cuatro secciones divididos en:

Formulándose una encuesta de 17 preguntas. Obedeciendo cada uno de los objetivos de las variables. Las mismas que se encuentran distribuidas de la siguiente manera.

-Para dar salida al objetivo 1, se aplicó una encuesta (preguntas 1-6). para la recolección de datos sociodemográficos. Esta encuesta fue elaborada por el autor. Incluye las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, etnia.

-Para dar salida al objetivo 2, se aplicó una encuesta (pregunta 7) donde se evaluó el nivel de conocimiento sobre las principales complicaciones de la hipertensión arterial. Se dice que conoce si responde correctamente el 70% o más.

-Para dar salida al objetivo 3 se aplicó una encuesta (preguntas 8-11) donde se identificó los factores de riesgo.

Pregunta 8 se evaluó actividad física. Se considera adecuado si realiza 150 minutos o más en la semana, inadecuada si realizan actividad menos de

150 minutos a la semana o si nunca realizan ningún tipo de actividad.

Pregunta 9 se evaluó el consumo de sal. Se considera adecuado si consume 5gr al día, inadecuado si consume más de 5gr al día.

Pregunta 10 se evaluó los hábitos nutricionales. Se considera adecuado si responde correctamente el 70% o más

Pregunta 11 se evaluó el tabaquismo. Se considera que si consume cuando fuma menos de 10 cigarrillos al día. No consume cuando no fuma nada.

-Para dar salida al cuarto objetivo 4 se aplicó una encuesta (preguntas 12-17) donde se determinó los componentes de la estrategia educativa.

Los resultados son aplicables en la práctica clínica para guiar intervenciones educativas.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Objetivo	1
Sexo	Encuesta
Edad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Etnia	Encuesta
Objetivo	2
Conocimiento sobre complicaciones de hipertensión arterial	Encuesta
Objetivo	3
Tipo de actividad física	Encuesta
Consumo de sal	Encuesta
Habito nutricional	Encuesta
Tabaquismo	Encuesta
Objetivo	4
Tipo de actividad educativa	Encuesta
Frecuencia	Encuesta
Lugar	Encuesta
Duración	Encuesta
Horario	Encuesta
Número de participantes	Encuesta

5.8 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos de recogida de la información se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2018, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada una de las unidades de estudio.

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron 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.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Edad	Edad por grupos	20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años	Cuantitativa discreta
Estado civil	Estado civil	Soltero(a) Unión libre Casado(a) Separado (a) Viudo(a) Divorciado (a)	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel de educación	Sin escolaridad Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria Bachillerato Universitaria Posgrado	Cualitativa ordinal
Ocupación	Actividad laboral que realiza	Empleado publico Empleado privado Cuenta propia	Cualitativa nominal

		Ama de casa Jubilados Desempleados	
Etnia	autoidentificación	Indígena Afro ecuatoriano(a) Negro (a) Mulato (a) Montubio (a) Mestizo (a) Blanco (a) Otra	Cualitativa nominal
Conocimiento sobre las complicaciones de la hipertensión arterial	Conocimiento de las principales complicaciones de la hipertensión arterial	Conoce No conoce	Cualitativa Nominal
Tipo de actividad Física	Caminar Correr Bailar Nadar	Adecuado Inadecuado	Cualitativa ordinal
Consumo de sal	-Menor o igual a 5 g (1 cucharadita) /día -Mayor de 5 g (1 cucharadita) /día	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Habito nutricional	Consumo de frutas,	Adecuado	Cualitativa nominal

	Consumo de vegetales. Consumo de carnes rojas Consumo de alimentos fritos.	Inadecuado	
Tabaquismo	cigarrillo	Si Consume No consume	Cualitativa nominal dicotómica
Tipo de actividad educativa	Charlas Videos Reuniones grupales	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Frecuencia	Semanal Quincenal mensual	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Lugar	Centro de Salud Domicilio Centro comunitario	Si No	Cualitativa nomina Dicotómica
Duración	15 minutos 30 minutos 60 minutos	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Horario	Mañana tarde	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Número de personas por capacitaciones	Solo Grupo de 5-10 Grupo de 11-20	Si No	Cualitativa Nominal

6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio se incluyeron 90 adultos jóvenes no hipertensos, de ambos sexos.

Tabla 1: Distribución de los adultos jóvenes según edad y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Edad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
20-24	10	27,0	15	28,3	25	27,8
25-29	10	27,0	13	24,5	23	25,6
30-34	7	18,9	18	34,0	25	27,8
35-39	10	27,0	7	13,2	17	18,9
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados de la tabla 1 obtenidos reflejan que el 27,8% de los encuestados de dos rangos de edades (20-24) (30-34) presentan el mismo porcentaje, seguido por las edades (25-29) con un 25,6%. Con predominio sexo femenino.

El estudio realizado por Cuzco L, año 2017 Guayaquil. “Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales”. Los grupos de edad que predominaron fueron los de 20-24 años (30,5%) seguido del grupo de 35-39 años (29%) (37).

Pinto P. Peru año 2016. “Efecto de una intervención educativa en el conocimiento, sobre autocuidado para prevenir la hipertensión arterial, en padres de familia de institución educativa” el grupo de edad que predominaron fueron las edades comprendida entre 35 a 39 años (38).

Tabla 2: Distribución de los adultos jóvenes según estado civil y sexo.
Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Estado civil	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Unión libre	22	59,5	28	52,8	50	55,6
Soltero(a)	9	24,3	18	34,0	27	30,0
Casado(a)	6	16,2	7	13,2	13	14,4
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados de la tabla 2 obtenidos reflejan que el 55,6% de los encuestados el estado civil es unión libre, seguido de soltero(a) con 30,0%.

Se contraponen el estudio realizado por Bajaña F. año 2017. Guayaquil. Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016. predominio estado civil casado 44,1%. (39).

Estudio realizado por Pasato S. Cuenca 2016. "Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos jóvenes centro de salud San Fernando" predominio con un 56% casado y 22% soltero. (41)

Tabla 3: Distribución de los adultos jóvenes según escolaridad y sexo.
Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Escolaridad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Primaria sin terminar	1	2,7	0	0,0	1	1,1
Primaria terminada	19	51,4	11	20,8	30	33,3
Secundaria	12	32,4	34	64,2	46	51,1
Bachillerato	5	13,5	8	15,1	13	14,4
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 3 reflejan que el 51,1% predominó la escolaridad secundaria, seguida por la primaria terminada con un 33,3%. En el estudio por Pinto P. Lima (2016) "Efecto de una intervención educativa en el conocimiento, sobre autocuidado para prevenir la hipertensión arterial, en padres de familia de institución educativa" predominó escolaridad secundaria 50%. Asemejándose a los resultados de nuestra investigación. (38).

Contraponen el estudio realizado por Herrera M, Guayaquil (2018). Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. Según el nivel de educación, se observó que predominó la educación de bachiller con el 50,7%. (40)

Tabla 4: Distribución de los adultos jóvenes según ocupación y sexo
Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Ocupación	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Cuenta propia	26	70,3	21	39,6	47	52,2
Ama de casa	0	0,0	25	47,2	25	27,8
Empleado privado	8	21,6	6	11,3	14	15,6
Empleado público	2	5,4	1	1,9	3	3,3
Desempleado	1	2,7	0	0,0	1	1,1
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 4 reflejan que el 52,2 % de los encuestados predominó la ocupación cuenta propia, seguida por ama de casa 27,8%.

Se contrasta según el estudio realizado por Bajaña F .2017. Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016.

Predominó ama de casa 55,9 %, Cuenta propia 22,0%, trabajador privado 13,6 %. (39).

El estudio realizado por Pasato S. Cuenca 2016." Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos jóvenes centro de salud San Fernando", predominó el 46 % son ama de casa. (41)

**Tabla 5: Distribución de los adultos jóvenes según etnia y sexo
Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.**

Etnia	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Mestizo	32	86,5	40	75,5	72	80,0
Blanco	2	5,4	10	18,9	12	13,3
Montubio	2	5,4	2	3,8	4	4,4
Negro	1	2,7	1	1,9	2	2,2
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 5 reflejan que el 80,0% de los encuestados predominó la raza mestiza, seguida de la blanca con un 13,3%.

En el estudio realizado por Cuzco L, año 2017. “Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales”. En la distribución según la autoidentificación étnica, predomina la mestiza con un 84,4%, seguido del mulato y el blanco que representan el 3%. (37)

Condori F. Peru 2018. Factores de riesgo modificable y no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al centro de salud Simon Bolívar. Predomina raza mestiza 84,0% seguida por la blanca 13,1%. (42)

Tabla 6: Distribución de los adultos jóvenes según su conocimiento sobre las complicaciones de hipertensión arterial y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Conocimiento sobre las complicaciones hipertensión arterial	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
No Conoce	18	48,6	30	56,6	48	53,3
Conoce	19	51,4	23	43,4	42	46,7
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 6. Predomina, el 53,3% de los encuestados no conocen sobre las complicaciones de hipertensión arterial. Otro trabajo similar se contrapone Bajaña F. donde demuestran que el 88,1% conocen acerca de las diferentes complicaciones que se producen en esta enfermedad, y el 11,9% tienen desconocimientos de la complicación. (39)

Silva A. Ambato (2017). Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en adultos del dispensario del seguro social de Puñasichag. El estudio mostró que el 78.8% presentan nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial y el 21.2% tienen adecuado nivel de conocimiento. (46)

Tabla 7: Distribución de los adultos jóvenes, según tipo de actividad física que realizan y sexo. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Actividad física	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Inadecuado	27	73,0	34	64,2	61	67,8
Adecuado	10	27,0	19	35,8	29	32,2
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0%

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 7. Predominan la actividad física inadecuada con un 67,8% y adecuado 32,2%.

Estudio similar realizado por Pasato S. Cuenca 2016.” Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos jóvenes centro de salud San Fernando” muy similar los resultados con un 68,7% actividad física inadecuada, el 31.3% actividad física adecuada. (41)

Condori F. Peru 2018. Factores de riesgo modificable y no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al centro de salud Simon Bolivar. Predomino actividad física adecuado con el 56% e inadecuado con el 44% (42)

Tabla 8: Distribución de los adultos jóvenes según consumo de sal y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Consumo de sal	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Inadecuado	24	64,9	35	66,0	59	65,6
Adecuado	13	35,1	18	34,0	31	34,4
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la table 8. Predomino el consumo inadecuado de sal en un 65,6% de los encuestados. Y un 34,4% con consumo adecuado.

Estudio similar realizado por Pasato S. Cuenca 2016.” Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos jovenes centro de salud San Fernando” existe un porcentaje elevado en el consumo de la sal de un 66% en comparación con un 34% que no consumen, demostrando que este es uno de los factores principales que conllevan a la hipertensión. (41)

Condori F. Factores de riesgo modificable y no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al centro de salud Simon Bolivar.Prevalecio el consumo inadecuado de sal con el 62,9%. Y consumo Adecuado de sal con el 37,1% (42).

Tabla 9: Distribución de los adultos jóvenes según hábitos nutricionales y sexo. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Hábitos nutricionales	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Inadecuado	24	64,9	30	56,6	54	60,0
Adecuado	13	35,5	23	43,4	36	40,0
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 9. Refieren que el 60,0% los hábitos nutricionales son inadecuados y el 40,0 % es adecuado.

Condori F. Peru 2018. Factores de riesgo modificable y no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al centro de salud Simon Bolivar. Refiere que el 96,6 % hábitos inadecuados y 3,4% sus hábitos nutricionales son adecuados. (42)

Gualsaqui K Tulcan. 2017” Estrategias preventivas de enfermedades crónicas no transmisibles en la asociación de estibadores del mercado de San Miguel de Tulcan” Se evidencia que un gran número consumen alimentos ricos en grasas y otros alimentos poco saludables. El acumulo excesivo de colesterol, generan problemas nutricionales como sobrepeso y obesidad, los cuales son uno de los principales factores para la aparición de enfermedades crónicas cardiovasculares como la hipertensión 70% tiene hábitos inadecuados y 30,0% es adecuado. (43)

Tabla 10: Distribución de los adultos jóvenes según consumo de cigarrillos. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Consumo de cigarrillos	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
No consume	17	45,9	41	77,4	58	64,4
Consume	20	54,1	12	22,6	32	35,6
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 10. Predomina el 64,4% no consume cigarrillo y 35,6% si consume.

Estudio similar realizado por Pasato S. Cuenca 2016.” Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos jovenes centro de salud San Fernando” demuestra que el 76% no consume, mientras que el 24% de adultos manifiestan que son fumadores (41).

Condori F. Peru 2018.Factores de riesgo modificable y no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al centro de salud Simon Bolivar. Se pudo evaluar que No Consume cigarrillo el 79,4 % y si consume el 20,6%. (42)

Tabla 11: Distribución de los adultos jóvenes según preferencia de tipo de actividades educativas. Consultorio No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Tipo de actividad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Charlas	34	91,9	40	75,5	74	82,2
Videos	2	5,4	8	15,1	10	11,1
Reuniones grupales	1	2,7	5	9,4	6	6,7
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 11. Reflejan, según el tipo de actividad que prefieren recibir la actividad educativa, sobre prevención de hipertensión arterial, predominó las charlas con 82,2%. Seguido por videos con 11,1%.

Estudio similar Bajaaná F. hace referencia que la estrategia quedo conformada con el 81.3% si desea recibir información sobre la hipertensión arterial, y el método por el cual lo recibirían serian las charlas. (39)

Herrera M, Guayaquil (2018). Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. De acuerdo a los componentes de estrategia didáctica relacionada con los componentes de peligro de tensión arterial, se muestra que el 80% (120) le gustaría recibir información mediante charlas. (40).

Tabla 12: Distribución de los adultos jóvenes, según tipo de frecuencia que prefieren recibir las actividades educativas. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Frecuencia de actividad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Semanal	8	21,6	12	22,6	20	22,2
Quincenal	22	59,5	31	58,5	53	58,9
Mensual	7	18,9	10	18,9	17	18,9
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos de la tabla 12. Según la frecuencia con que desean recibir la actividad educativa, predominó quincenal con 58,9%. Seguido del semanal con 22,2%.

Herrera M, Guayaquil (2018) Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. Según al componente de estrategia frecuencia, se estimó que el 66,0% de la población desea recibir información quincenal. (40)

Vidal J.2018. Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Predominó sea quincenal con el 85,2% la frecuencia con que desean recibir la información en el centro de salud. Y semanal (14,8%) (44).

Tabla 13: Distribución de los adultos jóvenes según el lugar donde prefieren recibir las actividades educativas. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Lugar de actividad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Centro de salud	30	81,1	37	69,8	67	74,4
Domicilio	2	5,4	10	18,9	12	13,3
Centro comunitario	5	13,5	6	11,3	11	12,2
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos en la tabla 13, de las encuestas predomino el 74,4% prefieren recibir la actividad educativa en el Centro de Salud. Y en domicilio el 13,3%.

Vidal J. Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Manifestaron el 63,3% deseo recibir la información en el centro de salud. (44)

Herrera M, Guayaquil (2018). Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. Prefieren recibir la información en el centro de salud 78,7% y en la comunidad 21,3%. (40)

Tabla 14: Distribución de los adultos jóvenes según el tiempo que prefieren recibir la actividad educativa. Consultorio No 1. Centro de

Salud Balao. Año 2021.

Tiempo	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
15 minutos	14	37,8	20	37,7	34	37,8
30 minutos	23	62,2	33	62,3	56	62,2
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

Los resultados obtenidos en la tabla 14. Los encuestados prefieren recibir la actividad educativa en 30 minutos con 62,2%. Y de 15 minutos con 37,8%.

Estudio realizado por Cuzco L 2017 refiere que el tiempo disponible para la obtención de la información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial de los adultos jóvenes no hipertensos, el 52,7% (88 encuestados) de los pacientes refieren que debe ser 30 minutos, seguido de un 24% (40) que prefieren 15 minutos y el 23,4% (39 adultos jóvenes) (37).

Herrera M, Guayaquil (2018). Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. Según los componentes de estrategia tiempo, se estima que el 93,3% (140) indicaron una disponibilidad de tiempo de 30 minutos (40)

Tabla 15: Distribución de los adultos jóvenes según el horario que prefieren recibir la actividad educativa. Consultorio No1. Centro de

Salud Balao. Año 2021.

Horario	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Mañana	13	35,1	29	54,7	42	46,7
Tarde	24	64,9	24	45,3	48	53,3
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta

En la tabla 15. Según el resultado de la encuesta, los participantes prefieren realizar la actividad educativa en el horario de la tarde con un 53,3%. Y en la mañana con el 46,7%.

Se contraopone estudio realizado por Vidal J. Guayaquil (2018) Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Los encuestados prefirieron recibir la informacion en un 72,8 % mañana y 27,2% en la tarde (44)

Mendoza M. Guayaquil (2018) Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Prefiere recibir informacion en la mañana 72.9% y en la tarde 27.1%. (45)

Tabla 16: Distribución de los adultos jóvenes según el número de participantes para recibir la actividad educativa y sexo. Consultorio

No1. Centro de Salud Balao. Año 2021.

Número de participantes	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Solo	2	5,4	3	5,7	5	5,6
Grupo 5-10	14	37,8	22	41,5	36	40,0
Grupo11-20	21	56,8	28	52,8	49	54,4
Total	37	100,0	53	100,0	90	100,0

Fuente encuesta.

Tabla 16 en el resultado de las encuestas, los participantes prefieren recibir la actividad educativa en grupo de 11-20 personas con un 54,4%, seguido por el grupo de 5-10 personas con un 40,0%.

En la investigación realizada por Cuzco L, el 43,7% refiere que quiere compartirla con alrededor de 5 a 10 personas, seguido del 34,7% que prefiere en grupo de 11 a 15 personas, y un 21,6% refiere que desea se le imparta de forma individual. (37)

Mendoza M. Guayaquil (2018) Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Predomino el grupo de 11 a 20 personas con 57.9%, seguido por el grupo 5 a 10 personas con el 19.7%. (45)

7 CONCLUSIONES

En población estudiada predominó edad 20-24 y 30-34 años del sexo

femenino, estado civil unión libre, escolaridad secundaria, ocupación cuenta propia y etnia mestiza.

Predominó el no conocimiento sobre las principales complicaciones de la hipertensión arterial, acompañándose de una inactividad física y con una distribución inadecuada de sal. En lo que respecta a los hábitos nutricionales predomino inadecuados. La mayoría de los adultos jóvenes encuestados no consumen cigarrillos.

La estrategia educativa quedó conformada por temas tales como: concepto hipertensión arterial, y sus complicaciones mas frecuentes, alimentación saludable, hábitos tóxicos y, la importancia de realizar actividad física, las mismas que se darán en forma de charlas, grupos de 15 personas, una vez cada quince días durante treinta minutos cada uno en el horario de la tarde las mismas que se impartirán en del Centro de Salud.

8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de gran aportación y valor científico, el cual contribuye con resultados significativos en cuanto a la prevención de hipertensión arterial y los factores de riesgo modificables de los adultos jóvenes que asisten del centro de salud Balao, puedan aplicar en su vida diaria.

Se hace pertinente ejecutar una estrategia educativa para poder identificar el nivel conocimiento sobre los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial y así poder prevenirla.

Se recomienda aplicar y extender la estrategia educativa; teniendo en cuenta que el Centro de salud no cuenta con este tipo de investigación.

Se hace necesario realizar una evaluación del impacto de la estrategia educativa a corto y largo plazo, para poder identificar si se cumplieron los objetivos propuestos. Ampliar la estrategia educativa a todos los grupos de edades.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sellén Crombet Joaquín, Sellén Sanchén Elizabeth, Barroso Pacheco Lourdes, Sellén Sánchez Sybert. Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2009 Mar [citado 2020 Mar 02]; 28(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001&lng=es
2. Campos-Nonato Ismael, Hernández-Barrera Lucía, Rojas-Martínez Rosalba, Pedroza Adolfo, Medina-García Catalina, Barquera-Cervera Simón. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2020 Mar 02]; 55(Supl 2): S144-S150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es.
3. Príncipe José Claro, Salabert Tortoló Idalmi, Alfonso Salabert Iria, Morales Díaz Mariuska, García Cruz David, Acosta Bouso Anilexys. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2017 Ago [citado 2020 Mar 02]; 39(4): 987-994. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es
4. Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Abr [citado 2020 Mar 02]; 11(26): 344-353. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>.
5. Petermann Fanny, Durán Eliana, Labraña Ana María, Martínez María Adela, Leiva Ana María, Garrido-Méndez Alex et al. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Ago [citado 2020 Mar 02]; 145(8): 996-1004.

- Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000800996&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000800996>.
6. Plan Nacional del buen vivir 2013-2017. Disponible en:
<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
 7. OMS. Obesidad y sobrepeso. Centro de prensa [Internet]. 2015. [citado el 13 de noviembre de 2015]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
 8. Layerle Bernardo, Vignolo Washington. Hipertensión arterial: hechos esenciales. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2012 Dic [citado 2020 Jul 28] ; 27(3): 352-376. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202012000300016&lng=es.
 9. Díaz Mónica G.. Hipertensión arterial: un constante desafío. Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2015 Abr [citado 2020 Jul 28] ; 83(2): 85-86. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482015000200001&lng=es.
 10. López-Jaramillo P, Sánchez R. A, Díaz M, Cobos L, Bryce A, Parra-Carrillo J, et. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Universidad de Santander (UNDES). Colombia. 2013. Rev. Med 21 (1): 113-135. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v21n1/v21n1a12.pdf>
 11. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Cardiovascular diseases in countries of the Americas. 2015. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10213&Itemid=41160&lang=es.
 12. Rosas-Peralta, Martín, Palomo-Piñón, Silvia, Borrayo-Sánchez, Gabriela, Madrid-Miller, Alejandra, Almeida-Gutiérrez, Eduardo, Galván-Oseguera, Héctor, Magaña-Serrano, José Antonio, Saturno-Chiu, Guillermo, Ramírez-Arias, Erick, Santos-Martínez, Efrén, Díaz-

Díaz, Enrique, Salgado-Pastor, Selene Janette, Morales-Mora, Gerardo, Medina-Concebida, Luz Elena, Mejía Rodríguez, Oliva, Pérez-Ruiz, Claudia Elsa, Chapa Mejía, Luis *Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2016;54(1):6-51. Recuperado

de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457746536002>

13. Ortellado Maidana José, Ramírez Agustín, González Graciela, Olmedo Filizzola Gustavo, Ayala de Doll Miryan, Sano Masao et al . Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Aug 09] ; 3(2): 11-57. Available from: 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).
14. Molina D. R, Martí C. J. JNC-7 Hipertensión Arterial. New Association Academic, Journal Public Global of Medicine. 2016. Disponible en: 51 <http://www.nasajpg.com/2016/01/25/jnc-7-hipertension-arterial/>
15. Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J.. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Abr [citado 2020 Jul 28] ; 11(26): 344-353. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000200022&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4321/S169561412012000200022.4>
16. Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J.. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Abr [citado 2020 Ago 10] ; 11(26): 344-353. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>

17. Pérez Caballero Manuel Delfín, León Álvarez Jorge Luis, Dueñas Herrera Alfredo, Alfonzo Guerra Jorge Pablo, Navarro Despaigne Daysi A., de la Noval García Reinaldo et al . Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. Rev cubana med [Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Ago 09] ; 56(4): 242-321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232017000400001&lng=es.
18. Moura André Almeida, Godoy Simone de, Cesarino Cláudia Bernardi, Mendes Isabel Amélia Costa. Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Jul [citado 2020 Ago 10] ; 15(43): 1-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300001&lng=es.
19. Ruiz Rios G. Conocimientos sobre medidas preventivas de hipertensión arterial en pacientes de consultorio de medicina del Centro Materno Infantil Cesar López Silva de Villa el Salvador. Lima - Perú 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 10 de agosto de 2020; D [citado 2020 Ago 10] Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323344691.pdf>.
20. Sanchez DC, Quintero MA, Arévalo MT. Conocimientos y creencias sobre la hipertensión arterial presentes en usuarios de servicios de salud. Pensam Psicológico [Internet]. 5 de mayo de 2011 [citado 14 de noviembre de 2020];8(3). Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/2>
21. Rehm J, Gmel G, Sierra C, Gual A. Reducción de la mortalidad mediante una mejor detección de la hipertensión y los problemas con el alcohol en atención primaria de salud en España. Rev Adic. [Internet] 2016. [citado 2020 Ag 12]; XX (X). Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/726/811>
22. Ortellado M. J, Ramírez A, González G, Olmedo F. G, Ayala D. M, Sano M, et al. Programa nacional de prevención cardiovascular MSP y BS. Rev. Virt. Soc. Parag. [Internet] 2015. [citado 2020 Ago 23]; 3 (2) 11-

23. Melgarejo R. E, Huertas R. D, Rozo M. L, Ospina A. J, GonzálezQuevedo L. Tratamiento de la hipertensión y el impacto de los cambios en el estilo de vida en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev. Med.[Internet] 2011. [citado 2020 Ag 23]; 19(1): 16-22. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n1/v19n1a02.pdf>
24. Arnold-Domínguez Y. Elaboración de programas de promoción y educación en enfermedades crónicas no transmisibles. Aspectos básicos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2020 Ago 24]; 2(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/62>
25. Constitución de la República del Ecuador, 2008, Capítulo I, sección segunda. Disponible en: 45 http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/leytransparencia/litera_l_a/normasderegulacion/constitucion_republica_ecuador_2008.pdf
26. Rodríguez R. M., Domínguez P. M., Rodríguez V. L. La hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados. Factores de riesgo. Cuba. 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc2013/mdc131d.pdf>
27. Melgarejo R. E, Huertas R. D, Rozo M. L, Ospina A. J, GonzálezQuevedo L. Tratamiento de la hipertensión y el impacto de los cambios en el estilo de vida en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev. Med. [Internet] 2011. [citado 2016 Ag 12]; 19(1): 16-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n1/v19n1a02.pdf>
28. OMS/OPS. 2013. Cuídate con la sal, América. Guía para la acción en los países. Disponible en:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22100&Itemid=270&lang=es
29. Lanas Z. F, Serón S. K. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet] 2012. [citado 2020 Ag 23]; 23 (6): 699-705. Disponible en:

http://ac.elscdn.com/S0716864012703711/1-s2.0-S0716864012703711-main.pdf?_tid=fe8c4ae6-a6dc-11e6-b0f9-00000aab0f02&acdnat=1478738057_d5f5aae889080c1bab28d74436836366.

30. World Health Organization (WHO). Guideline: Potassium intake for adults and children. 2012. Disponible en: 43 http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/potassium_intake_printversion.pdf
31. Rehm J, Gmel G, Sierra C, Gual A. Reducción de la mortalidad mediante una mejor detección de la hipertensión y los problemas con el alcohol en atención primaria de salud en España. Rev Adic. [Internet] 2016. [citado 2020 Ag 23]; XX (X). Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/726/811>
32. Lares M, Velazco Y, Brito S, Hernández P, Mata C. Evaluación en el estado nutricional en la detección de riesgo cardiovascular en una población adulta. Rev Lat de Hipert. [Internet]. 2011. [citado 06 sept 2015]; Vol 6 (1): 1-7. Disponible en: http://www.revistahipertension.com/rlh_6_1_2011/hoja2.html
33. Navarro L. E, Vargas M. R. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. Rev. Cient. Sal. Uninorte. [Internet] 2009 [citado 202 Ago 23]; 1(25): 88-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a09.pdf>
34. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
35. Álvarez S. Medicina General Integral. Promoción y educación para la salud. Volumen I. Capítulo 10, pág 82,83.
36. Wilma B, Freire et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012. Ecuador. 2014. Tomo I pág. 505. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
37. Cuzco L. Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos

- jovenes. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. [Internet]. Ecuador. 2017 Universidad Católica de Santiago de Guayaquil [citado el 5 agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7416/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-28.pdf>
38. Pinto P. Efecto de una intervención educativa en el conocimiento, sobre autocuidado para prevenir la hipertensión arterial, en padres de familia de institución educativa. Lima Peru. 2016. Escuela de enfermería Padre Luis Tezza. [citado el 5 agosto de 2021]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/765/pinto_gp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Bajaña F. Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016. Guayaquil Ecuador. 2017. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [citado el 6 agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7415/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-27.pdf>
40. Herrera M. "Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. Año 2018". Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [citado el 7 agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12218/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-113.pdf>
41. Pasato S. Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos jóvenes centro de salud San Fernando. 2018. Cuenca. Universidad de Cuenca. [citado el 7 agosto de 2021]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26692/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
42. Condori F. Factores de riesgo modificable y no modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al centro de salud Simón Bolívar 1-3 Puno. 2018. Perú. Universidad Nacional del

- Altipano. [citado el 7 agosto de 2021]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8366/Condori_Barrios_Francisca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. Gualsaqui K. Estrategias preventivas de enfermedades crónicas no transmisibles en la asociación de estibadores del mercado de San Miguel de Tulcan. 2017. Universidad Regional Autónoma de los Andes. [citado el 7 agosto de 2021]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7492/1/TUTEN_F002-2018.pdf
44. Vidal J. Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. 2018. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [citado el 15 agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12176/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-70.pdf>
45. Mendoza M. Diseño de estrategia educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes adultos hipertensos de dos consultorios del centro de salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [citado el 15 agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12155/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-50.pdf>
46. Silva A. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en adultos del dispensario del seguro social de Puñasichag. Ambato. Año 2017. Universidad Regional Autónoma de los Andes. [citado el 15 agosto de 2021]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6883/1/PIUAM_ED080-2017.pdf

10 ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Yo:-----;he recibido la informacion suficiente y pertinente de los objetivos de la investigacion,que consistira en;llenar una encuesta de 17 preguntas, a travez de ellas se valorara como prevenir la hipertension arterial en adultos jóvenes.

He recibido la información por el medico: ----- posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad----- y numero de teléfono-----

1.- Declarado que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.

2.- Conozco que el comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.

3.- La investigación consistirá en (aplicación de una serie de preguntas).

4.- El tiempo aproximado que dedicare a la investigación es -----

5.- Se que se mantendrá confidencialidad de mis datos.

6.- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención medica futura.

7.- Despues de finalizada la investigación se me informara de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

8.- Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmó este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente firma: -----

Cedula de identidad: -----

ANEXO 2.- ENCUESTA SOBRE PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.POR FAVOR RESPONDA LA SIGUIENTES PREGUNTAS, SI TIENE ALGUNA DUDA CON MUCHO GUSTO LE AYUDAREMOS.

1.- ¿Cual es su sexo?

- Masculino

- Femenino

2.- ¿Cual es su edad?

3.- ¿Cual es su estado civil?

- Soltero(a)

- Unión libre

- Viudo (a)

- Divorciado (a)

- Casado (a)

- Separado(a)

4.- ¿Cual es su nivel de estudio?

- Sin escolaridad

- Primaria sin terminar

- Primaria terminada

- Bachillerato

- Secundaria terminada

- Universitaria terminada

- Posgrado terminado

5.- ¿En que trabaja usted?

- Empleado público

- Cuenta propia

- Jubilados

- Empleado privado

- Ama de casa

- Desempleados

6.- ¿Cual es su etnia?

- Indígena

- Afroecuatoriano(a)
- Negro (a)
- Mulato (a)
- Montubio (a)
- Mestizo (a)
- Blanco (a)
- Otra

7.- ¿Elija cuáles son las complicaciones frecuentes de la hipertensión arterial?

- Derrame cerebral.
- Infarto de miocardio.
- Enfermedad renal crónica.
- Daño ocular.
- Demencia vascular.

8.- ¿De los siguientes ejercicios físicos cuales realiza y cuantas veces en la semana?

Caminar - Correr – Bailar - Nadar

- Realiza menos de 150 minutos a la semana.
- Realiza 150 minutos o más en la semana.
- Nunca realiza.

9.- ¿Usted consume sal en su alimentación?

- Una cucharadita al día.
- Más de una cucharadita al día.

10.- ¿De la siguiente lista, frecuentemente usted que consume en la semana?

Frutas	SI ()	NO()
Vegetales.	SI ()	NO()
Consumo de carnes rojas	SI ()	NO()
Alimentos fritos.	SI ()	NO ()

11.- ¿Que cantidad de cigarrillos usted consume al día?

- No fuma.

- Consume menos de 10 cigarrillos al dia.

12.- ¿Usted prefiere que el personal del centro de salud le de informacion sobre como prevenir la hipertension arterial, atravez de que medios?

-Charlas

-Videos

-Reuniones grupales

13. ¿Con que frecuencia prefiere recibir informacion de como prevenir la hipertension arterial?

Semanal

Quincena

Mensual

14. ¿de los siguientes lugares, donde prefiere recibir informacion de como usted puede prevenir la hipertension arterial?

-Centro de Salud

-Domicilio

- Centro comunitario

15. ¿Que tiempo prefiere recibir informacion sobre como prevenir la hipertension arterial?

15 MINUTOS

30 MINUTOS

60 MINUTOS

16. ¿En que horarios prefiere recibir informacion sobre como prevenir la hipertension arterial?

MANANA

TARDE

17.- En que grupo de participantes usted desea recibir la actividad educativa?

- Solo

- Grupo de 5-10

- Grupo de 11-20

ANEXOS 3: ESTRATEGIA EDUCATIVA

Anexo 3. Estrategia Educativa

Título de la estrategia: Estrategia educativa para prevenir la hipertensión arterial en adultos jóvenes no hipertensos.

Lugar: Centro de Salud Balao.

Autora: Md. Melvin Stalin Macias Cusme

Fundamentación teórica

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica, afecta aproximadamente 50 millones de personas en EEUU y aproximadamente 1 billón de personas en el mundo. Se presenta principalmente en adultos y en mayor proporción en adultos mayores, sin embargo, año tras años se puede observar una alta prevalencia de esta enfermedad en jóvenes.

La OPS impulsa políticas y proyectos para incidir desde la salud pública, la prevención de la hipertensión arterial a través de políticas para disminuir el consumo de sal, para promover la alimentación saludable, la actividad física y prevenir la obesidad. Promueve y apoya proyectos que facilitan el acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento de la hipertensión e impulsa la formación de recursos humanos en salud.

Objetivo General

Elevar el nivel de conocimiento, para prevenir la aparición de la hipertensión arterial.

Justificación de la propuesta.

La hipertensión arterial es prevenible o puede ser pospuesta a través de un grupo de intervenciones preventivas, entre las que se destacan la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso corporal saludable.

Por la alta incidencia de pacientes adultos jóvenes con hábitos inadecuados del consultorio de Medicina Familiar de Balao, se plantea una estrategia educativa como posible solución de esta problemática, donde se vincule el sector de la salud con la comunidad abarcando de manera integral desde la perspectiva de la Medicina Familiar. Esta estrategia debe basarse en mejorar el conocimiento de como prevenir la hipertensión arterial, promoviendo estilos de vida saludable.

Duración total: 2 horas por grupo.

Fecha de pre test: septiembre2021

Fecha de pos test: Octubre 2021.

Planeación estratégica

Invitaremos al programa de educación para la salud a la población adultos jóvenes no hipertensos, del consultorio 1 del Centro de Salud Balao.

Se entregará en cada sesión, trípticos y una hoja de asistencia, que ha de ser llenado con los datos personales de cada participante. Se organizarán 6 grupos de 15 personas. Una vez que tengamos 15 participantes, se comenzará el programa, que consistirá de 4 sesiones de 4 temas, 3 subtemas por cada sesión de, la primera sesión inicia con la presentación del programa y charla sobre la hipertensión arterial, donde los participantes interactúan con lluvias de ideas y juegos dinámicos, de 30 minutos de duración. La segunda sesión es una charla sobre complicaciones frecuentes de la hipertensión arterial, lluvia de ideas, con juegos dinámicos ,30 minutos de duración. La tercera sesión es charla sobre hábitos tóxicos y alimentación se interactuará respondiendo dudas de los participantes, realizando dinámica con un juego. En la cuarta sesión, beneficios del ejercicio físico, clausura del programa Se citará al usuario en 7 días después de haber acabado el programa y se evaluarán resultados.

Desarrollo de la Propuesta

Sesión 1. Tema: 1. Presentación y charla sobre conceptos básicos de la hipertensión arterial

1.1 Presentación del programa.

Actividad 1: presentar el programa, su duración.

Duración: 5 minutos.

Lugar: Centro de Salud

Horario: 15h00

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme

Recursos materiales: Pizarra Acrilica y marcadores.

1.2 Conceptos básicos sobre la hipertensión arterial. Y prevención

Actividad 2: Charla educativa sobre la hipertensión arterial

Duración: 15 minutos.

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15: 05 am.

Número de Participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme.

Recursos materiales: trípticos para repartir, cárteles con información visual.

1.3 Interactuación de los participantes

Actividad 3: Lluvia de ideas y juegos

Duración: 10 minutos

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15: 20am

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme

Recursos materiales: sillas, mesas, bolígrafos, hojas, premio.

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer el desarrollo y temática del programa de educación.
- Explicar algunos conceptos básicos de la hipertensión arterial.
- Invitar a los participantes a las próximas sesiones del programa.

Descripción: La sesión comenzará con la presentación del médico y de cada uno de los participantes, luego se dará a conocer el desarrollo del programa y los temas a tratar en cada sesión, después se dará una charla sobre conceptos básicos de la hipertensión arterial posteriormente. Continúa con lluvia de ideas, respondiendo inquietudes del tema tratado. Entregará tríptico 1 anexo

Luego pasaremos a realizar un juego “Que aprendí hoy”, se necesitara un cronometro (1 minuto) 3 participantes, una mesa, hoja, plumas. El medico dirá, que escriban cual es la presión normal. Ganará aquella persona que lo haya escrito correctamente. Recibiendo un premio. Finalmente, se los invita a la siguiente sesión.

Sesión 2. Tema: 2. Complicaciones mas frecuentes de la hipertensión

arterial

2.1 Breve resumen del tema anterior.

Actividad 1: Discusión grupal

Duración: 5 minutos.

Lugar: Centro de Salud

Horario: 15h00

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme

Recursos materiales: Pizarra Acrilica y marcadores.

2.2 Cuales son las complicaciones frecuentes.de la hipertensión arterial

Actividad 2: Charla educativa sobre las complicaciones de la hipertensión arterial

Duración: 15 minutos.

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15h05

Número de Participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme.

Recursos materiales: trípticos, carteles con información visual.

2.3 Interactuación de los participantes

Actividad 3: Lluvia de ideas y juegos

Duración: 10 minutos

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15:h20

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme

Recursos materiales: sillas, mesas, cartillas.

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer las complicaciones frecuentes de la hipertensión arterial.
- Prevenir la hipertensión arterial.

Descripción: La sesión comenzará haciendo breve resumen de la sesión anterior, seguido de la explicación de como se puede prevenir la hipertensión arterial. Lluvia de ideas. Se Entregará tríptico. 2 anexo.

Luego pasaremos a realizar un juego "Memoria" ... se necesitará un cronometro (1 minuto) 3 participantes, una mesa, varias cartillas con

diferentes complicaciones frecuentes de la hipertensión arterial. Ganará aquella persona que recolecte el mayor número de cartillas correctas. Recibiendo un premio. Dando por terminado la sesión.

Sesión 3. Tema: 3. Alimentación saludable y hábitos tóxicos

3.1 Breve resumen del tema anterior.

Actividad 1: Discusión grupal

Duración: 5 minutos.

Lugar: Centro de Salud

Horario: 15h00

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme.

Recursos materiales: Pizarra Acrilica y marcadores.

3.2 Alimentarse saludablemente y evitar hábitos tóxicos.

Actividad 2: Charla educativa como alimentarse saludablemente y evitar hábitos tóxicos.

Duración: 15 minutos.

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15H00.

Número de Participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme.

Recursos materiales: trípticos, carteles con información visual.

3.3 Interactuación de los participantes

Actividad 3: Lluvia de ideas y juegos

Duración: 10 minutos

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15h20

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme

Recursos materiales: sillas, hojas, esferográficos, premio.

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Explicar cuáles son los alimentos saludables.
- Asesorar sobre los hábitos tóxicos.

Descripción: La sesión comenzará haciendo un breve resumen de la sesión anterior seguido de la explicación de cuáles son los alimentos saludables. Y los efectos negativos de hábitos tóxicos. Interactuará con los participantes, respondiendo preguntas o dudas. Entregará tríptico 3 anexo. Luego pasaremos a realizar un juego se llama "Soy saludable". Necesitará un cronómetro (1 minuto). El médico dirá hagan una lista de alimentos saludables. Ganará aquella persona que la realiza saludablemente en un minuto. Recibirá un premio.

Sesión 4. Tema: 4. Beneficios del ejercicio físico

4.1 Breve resumen del tema anterior.

Actividad 1: Discusión grupal

Duración: 5 minutos.

Lugar: Centro de Salud

Horario: 15H00.

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme.

Recursos materiales: Pizarra Acrilica y marcadores.

3.2 Beneficios de los ejercicios físicos.

Actividad 2: Charla educativa sobre el beneficio de los ejercicios físicos

Duración: 15 minutos.

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15h05

Número de Participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme.

Recursos materiales: trípticos, carteles con información visual.

3.3 Interactuación de los participantes y cierre del programa

Actividad 3: Lluvia de ideas y juegos

Duración: 10 minutos

Lugar: Centro de Salud.

Horario: 15H20

Número de participantes: 15

Responsable: Md Melvin Macias Cusme

Recursos materiales: sillas, hojas, esferográficos, premio.

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Asesorar sobre beneficios del ejercicio físico en la salud

Descripción: La sesión comenzará haciendo un breve resumen de la sesión anterior, explicaremos sobre la importancia de realizar ejercicios físicos. Se interactuará con lluvia de ideas, con los participantes. Aclarando dudas. Se entregará tríptico Anexó 4.

Luego pasaremos a realizar un juego "Corriendo" Necesitará un cronometro (1 minuto) 6 participantes.

Consiste en que 6 participantes deberán traer un objeto que el medico solicite,

Ganaran un premio aquellos participantes que recolecte el mayor numero de objetos.

Se dará por finalizado el programa agradeciendo por la participación. Se los invitara a la siguiente sesión para realizar una evaluación escrita. Se entregará un certificado a todos los participantes por su participación en el programa de prevención de hipertensión arterial.

Cómo prevenir la hipertensión arterial

Estilo de vida saludable → Presión arterial saludable



Control de peso
IMC Recomendable
>18 y <25



Reducción del consumo de sal
No exceder los 5 g. al día



Actividad física regular
Realizar ejercicio aeróbico durante 30 minutos al día



Alimentación saludable
Adecuado consumo de frutas y verduras. Proteínas magras y lácteos descremados.

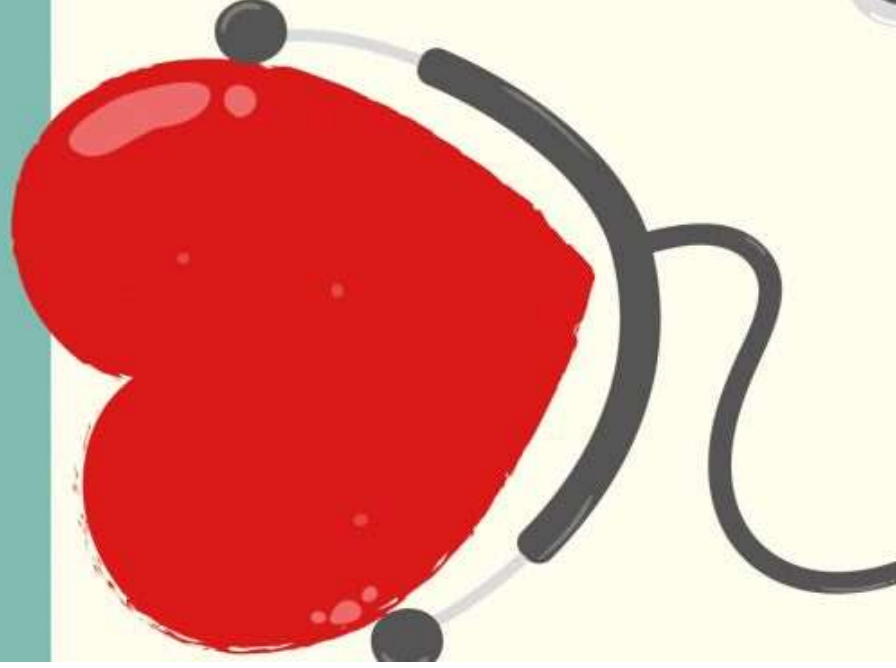


Reducción del consumo de alcohol.
No consumir más de 30 ml de etanol al día.



Evitar el tabaquismo

La hipertensión es **factor de riesgo** para padecer un accidente cerebrovascular (ACV) o un infarto.



¿CÓMO REDUCIR EL RIESGO?

- ✓ Reducir el consumo de sal
- ✓ Hacer actividad física
- ✓ Mantener un peso saludable
- ✓ Comer alimentos frescos
- ✓ No fumar
- ✓ Seguir los consejos médicos



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Macias Cusme Melvin Stalin, con C.C: # 0916318165 autor del trabajo de titulación: Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio No 1. Centro de Salud Balao. 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. _____

Macias Cusme Melvin Stalin

C.C: 0916318165



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio N° 1. Centro de Salud Balao. Año 2021		
AUTOR(ES)	Melvin Stalin Macias Cusme		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lía Verónica Cuzco Tello		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	89
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión arterial, factores predisponentes, estrategia educativa		
<p>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: La Hipertensión Arterial (HTA) es la enfermedad más común que afecta la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. En el Ecuador ocupa el cuarto lugar de mortalidad por enfermedades conocidas según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el 2014. Métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, estuvo constituido por 90 adultos no hipertensos del consultorio No1 del Centro de Salud Balao 2021. Se aplicó una encuesta confeccionada por el autor.</p> <p>La cual incluyo tres componentes: variables sociodemográficas, nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial, identificar factores de riesgo, componentes del diseño de la estrategia educativa. Resultados: Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 30-34 años con un %27,8 sexo femenino. El 51,1 % con nivel de escolaridad secundaria. El 55,6 % estado civil unión libre. El 80,0 % mestizos y el 13,3% blanco. El no conocimiento sobre complicaciones hipertensión arterial fue 53,3 %, actividad física inadecuadas 67,8%, consumo inadecuado de sal 65,6 %, hábitos nutricionales inadecuado 60,0%, no consumo de cigarrillo 64,4 %.</p> <p>La estrategia quedo conformada mediante charlas quincenales en el centro de salud,30 minutos de duración, en la tarde, grupo de 11 a 20 personas. Conclusiones: Los adultos jóvenes no tienen conocimiento de cómo prevenir la hipertensión arterial, sobre todo en los factores de riesgos que la ocasionan, ni sus complicaciones, se necesita realizar estrategias educativas que eleven el nivel de conocimiento y adaptar estilos de vida saludable para prevenir esta enfermedad.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0994500881	E-mail: mdmelvinmacias@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Javier Landívar Varas	
	Teléfono: +593-4-3804600.ext:1830-1811	
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		