

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

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

TEMA:

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA ELEVAR
CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIOS
MÉDICOS 5 y 15. CENTRO DE SALUD PASCUALES 2015-2016”**

AUTOR:

FREDY BAJAÑA VARGAS

DIRECTOR:

ARGELIO DÍAZ ORTÍZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Fredy Ángel Bajaña Vargas*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

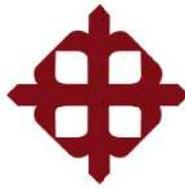
Guayaquil, a los 04 días del mes de enero año 2017.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Argelio Díaz Ortíz

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Fredy Ángel Bajaña Vargas

DECLARO QUE:

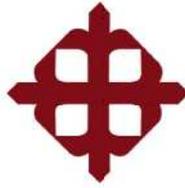
El Trabajo de investigación “*Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 04 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Fredy Ángel Bajaña Vargas



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

AUTORIZACIÓN:

YO, Fredy Ángel Bajaña Vargas

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 04 días del mes de enero año 2017

EL AUTOR:

Fredy Ángel Bajaña Vargas

1 Agradecimiento

A mi esposa Mercedes que con su incansable esfuerzo de trabajo por su familia ha incentivado las buenas costumbres, responsabilidad y valores, a mis hijos Victoria y William, estímulos de grandeza que llenan de energía mi alma.

2 Dedicatoria

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanos Sandra, Norma y Orlin por que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis gracias por estar conmigo y apoyarme siempre.

3 Resumen

Antecedentes: La hipertensión es el factor de riesgo modificable más común para las enfermedades cardiovasculares, está entre las enfermedades más frecuentes en el planeta, pero solo se advierte su presencia cuando aparecen sus complicaciones, se ha demostrado que el bajo nivel cognoscitivo de estos pacientes acerca de su enfermedad, repercute negativamente en el control. **Método:** 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. **Conclusiones:** La prevalencia encontrada en la investigación de hipertensión son mujeres mestiza, con escolaridad primaria, casadas, amas de casa, el mayor porcentaje de hipertensos conoce su enfermedad, y de los factores de riesgos que la ocasionan, no hay conocimiento adecuado sobre las complicaciones renales, en cuanto al tratamiento la mayoría conoce que es de por vida, la estrategia quedaría conformada por charlas una vez a la semana.

Palabras Clave: Hipertensión arterial, grado de conocimiento, estrategia educativa, medicina familiar y comunitaria, atención primaria de salud.

4 Abstract

Background: Hypertension is the factor most common modifiable risk for cardiovascular disease, this is among the most common diseases on the planet, but sometimes only their presence is noticed when complications occur has been shown that low cognitive level these patients about their disease, adversely affects the control. **Method:** An observational, descriptive, cross-sectional study. 59 patients with a diagnosis of hypertension, belonging to the office 5 and 15 of CS Pascuales, who came from January 2015 to April 2016. Variables: level of knowledge on hypertension, age, educational level, occupation, marital status. The information was obtained by self-administered questionnaire. **Results:** The level of knowledge was hypertensive (32.2%) does not know and if you know (67.8%) predominated knowledge in women 52 years (67.8% [40/59]), Mestizo (100%) married (44.1%) primary education (75.5%), occupation housewife (55.9%) on the risk factors that less known were age, sex and power, complications lesser known renal, components the educational strategy settle for talks once a week. **Conclusions:** The prevalence found in the investigation of hypertension are mestizo women, primary school, married and housewives, the highest percentage of hypertensive known of his illness, and risk factors that cause it, no adequate knowledge on the renal complications, in the treatment which is most known for life, the strategy would be formed by talks once a week.

Key words: Hypertension, degree of knowledge, educational strategy, family and community medicine, primary health care

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	I
2 DEDICATORIA.....	II
3 RESUMEN.....	III
4 ABSTRACT.....	IV
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	V
6 ÍNDICE DE TABLAS.....	VI
7 ÍNDICE DE ANEXOS.....	VII
8 INTRODUCCIÓN.....	1
9 EL PROBLEMA.....	4
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
9.2 FORMULACIÓN.....	4
10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	5
10.1 GENERAL.....	5
10.2 ESPECÍFICOS.....	5
11 MARCO TEÓRICO.....	6
11.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	6
11.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	6
11.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	7
11.4 FACTORES DE RIEGOS.....	7
11.5 CLASIFICACIÓN SEGÚN LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL.....	9
11.6 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN.....	9
11.7 IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	12
11.8 MODIFICACIONES DE ESTILOS DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	12
11.9 ESTRATEGIAS EDUCATIVAS.....	14
11.10 RELACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS VINCULADAS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	18
12 MÉTODOS.....	27
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	27
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	27
12.2.2 Técnicas de recolección de información.....	27
12.2.3 Procedimiento de recolección de la información.....	27
12.2.4 Técnicas de recolección de información.....	28
12.2.5 Técnicas de análisis estadístico.....	29
12.3 VARIABLES.....	29
12.3.1 Operacionalización de variables.....	30
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	31
14 CONCLUSIONES.....	40
15 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
16 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	42

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. CONSULTORIOS 5 Y 15. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	31
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SEXO. CONSULTORIOS 5 Y 15. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	32
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DEL CONOCIMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR GRUPO ETARIO. CONSULTORIOS 5 Y 15. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	32
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE ACUERDO A SU ESCOLARIDAD. CONSULTORIOS 5 Y 15 DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	33
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SEXO. CONSULTORIOS 5 Y 15 DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	34
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SEXO. CONSULTORIOS 5 Y 15 DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	34
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SEXO. CONSULTORIOS 5 Y 15 DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	35
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SEXO. CONSULTORIOS 5 Y 15 DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	35
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSIÓN Y SEXO. CONSULTORIOS 5 Y 15. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	35
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA FRECUENCIA CON QUE DESEAN RECIBIR LA INFORMACIÓN SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SEXO. CONSULTORIOS 5 Y 15. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO 2015 A JULIO 2016.	36

7 ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: consentimiento informado.....	51
Anexo 2: cuestionario sociodemográfico.....	52
Anexo 3: cuestionario sobre hipertensión arterial.....	53
Anexo 4: estrategia educativa.....	56

8 INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica con una gran prevalencia, considerada como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y como un problema de salud pública de primera magnitud al ocasionar importantes repercusiones económicas y sociales. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% es la HTA con un total de mil millones de hipertensos, cifra que se incrementará en 20 años en más del 50%. En la actualidad 691 millones de personas soportan la hipertensión arterial en el mundo. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias; 7,2 millones son por enfermedades circulatorias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, la hipertensión arterial está presente en casi todas ellas. (2)

En los resultados de la guía latinoamericana de HTA del 2015, el 31.5% de la población ecuatoriana tiene HTA, lo que significa que aproximadamente tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos, pero solo el 6.7% está controlada porcentaje muy bajo, teniendo en cuenta que el 23 % de la población afirma que se encuentra en tratamiento. (3)

La HTA es una elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica y constituye la enfermedad más frecuente de las muchas que azotan a la humanidad. Mientras más elevadas sean las cifras tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos, en todos los grupos de edad y en ambos sexo. (4)

En la década del 60 del pasado siglo, aumenta el arsenal terapéutico destinado al control de la HTA y a otros factores de riesgo, disminuyendo así la incidencia de complicaciones. No solo se trata del uso de medicamentos, si no el tratamiento no farmacológico que está estrechamente relacionado con el cambio del estilo de vida. (5)

La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para la prevención, manejo y control de la hipertensión arterial.

Es fundamental involucrar a las personas en sus procesos de resistencia, que sus cuidados personales de salud formen parte de sus hábitos de vida. Se considera que es fundamental elevar el nivel de conocimiento de la población en relación con todos los aspectos de la enfermedad.

El propósito de esta investigación está en correspondencia con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), han cobrado relevancia en la Agenda Internacional de salud, su tratamiento requiere mayor atención por parte de jefes de Estado y de gobierno, debido al aumento de la incidencia y prevalencia de las mismas

que significa no solamente un daño social a las personas, las familias y las comunidades, especialmente en la población pobre, sino que constituye un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo humano. (6)

Una reorientación del enfoque curativo, centrado en el conocimiento adecuado de la enfermedad del paciente, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de atención primaria de Salud (APS), fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva, garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos, con enfoque intercultural, generacional y de género. (6)

Por todo lo anterior se realiza esta investigación con el objetivo de diseñar una estrategia educativa sobre los conocimientos de la hipertensión arterial en pacientes de 20 a 64 años de 2 consultorios médicos del Centro de Salud Pascuales en el periodo 2015-2016.

Se realiza un estudio observacional de corte transversal. Se caracterizara desde el punto sociodemográfico y clínico la población objeto de estudio. Y su nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial, obteniendo como resultado los componentes de una estrategia educativa.

Uno de los motivos que lleva al investigador a realizar una estrategias para elevar los conocimientos de los pacientes con hipertensión arterial, son los resultados obtenidos en diferentes países en que se han implementados estrategias para el conocimiento de hipertensión arterial, y como parte de los objetivos del Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador, y teniendo la visión de un mejor control de los pacientes, se realiza el diseño de una estrategia educativa con la seguridad de implementarla para obtener resultados positivos para el país, mejorar la esperanza de vida, disminución de los gastos institucionales y menos complicaciones para los pacientes que sufren la enfermedad.

El manejo y control de esta enfermedad se encuentra como prioridad en los objetivos sanitarios de la OMS, por este motivo el autocuidado se convierte en el principal elemento terapéutico de adecuado control de la enfermedad (7).

Debido a lo expuesto se ha buscado el desarrollo de una serie de estrategias orientadas a la prevención, manejo y la minimización de complicaciones, donde la educación es un componente esencial del paciente orientado hacia la promoción, la conservación y el restablecimiento de la salud. (7)

Una de las herramientas es el plan educativo, un método de enseñanza por medio del cual se transmite información que responde a las necesidades individuales para generar un cambio de comportamiento que permita alcanzar objetivos terapéuticos, mejorar y mantener la calidad de vida, impedir las complicaciones y muertes conservando la autonomía y el empoderamiento del paciente (7)

Deben realizarse esfuerzos sistemáticos para la implementación a nivel comunitario e individual de programas que eleven el nivel de conocimiento, a través de la implementación de estrategias basadas en algoritmos simples que permitan un mejor tratamiento y control de la presión arterial, programas que son cruciales para reducir la carga de las enfermedades relacionadas con la hipertensión (8).

Con el objetivo de diseñar una estrategia basada en la modificación de los conocimientos de la HTA y al considerar que la educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, ya que le permite comprender mejor su enfermedad y las complicaciones, por lo que se plantea diseñar una estrategia educativo sobre hipertensión arterial (9).

El siguiente estudio contribuirá a identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial de los pacientes de 20 a 64 años de edad del Centro de Salud Pascuales, como resultado de esta investigación se obtiene un producto que es la estrategia educativa sobre la hipertensión arterial.

Esta estrategia puede servir como instrumento para la formación de futuros Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, los resultados de este estudio pueden servir de base para la continuidad de futuras investigaciones, la aplicación de esta estrategia desde el punto de vista asistencial puede mejorar el control y la evolución de los pacientes de la comunidad, la aplicación de esta estrategia de intervención conllevaría a elevar el nivel conocimiento de la población sobre los temas relacionados HTA , lo cual impactaría en la mejor calidad de vida de los pacientes en la reducción del número de complicaciones agudas y crónicas, reducción del riesgo cardio y cerebrovascular, reducción del número de secuelas graves hemiplejias, reducción del número de años de vida potencialmente perdidos, reducción de gastos de hospitalización y rehabilitación y reducción de gastos del sistema de salud.

La tesis se estructura en 12 capítulos distribuidos en resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, valoración crítica y referencias bibliográficas acotadas según las normas de Vancouver.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La hipertensión arterial se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que causa 7,6 millones de muertes prematuras (13,5 % del total) y pérdidas por 92 millones de dólares, el manejo y control de esta enfermedad se encuentra como prioridad en los objetivos sanitarios de la OMS,(2) por este motivo el autocuidado se convierte en el principal elemento terapéutico del adecuado control de la enfermedad, el conocimiento de hipertensión que tiene el paciente es un factor que influye en el control y manejo de su enfermedad. Por lo tanto es necesario evaluarlo para realizar intervenciones educativas que ayuden a mejorar el control de su hipertensión obteniendo un conocimiento adecuado de su enfermedad.

717.529 personas de 10 a 59 años padece de hipertensión arterial en el Ecuador.(63) Las prevalencias más altas para hipertensión arterial se encuentran en Los Ríos (16.6%), Guayas (13.5%), Santa Elena (12.99%), Galápagos (12.1%), El Oro (11.8%) y Esmeraldas (11.7%) Las cifras más bajas se encuentran en las provincias de Pastaza (2.5%)

La población del área de salud de Pascuales es de bajo nivel escolar, con malos hábitos alimentarios, y condiciones higiénicas sanitarias desfavorables y estilos de vida no saludable.

Se ha visto en la práctica diaria de forma empírica que la población hipertensa tiene poco conocimiento acerca de la enfermedad en relación con los factores de riesgos, estilo de vida, dieta, complicaciones, sintomatología, y tratamiento.

No existe una evaluación ni estrategias sobre el nivel de conocimiento de la población hipertensa de 20 a 64 años del área de salud de la Parroquia Pascuales relacionada con factores de riesgo, estilo de vida, complicaciones, sintomatología y tratamiento.

9.2 Formulación

¿Que elementos se considerarían dentro de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de los pacientes de 20 a 64 años de edad de los consultorios médicos familiar 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales 2015-2016.?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Diseñar una estrategia educativa para modificar los conocimientos de la hipertensión arterial en pacientes de 20 a 64 años de los consultorios médicos 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales 2015-2016.

10.2 Específicos

Caracterizar la población hipertensa desde el punto de vista sociodemográfica, en pacientes de 20 a 64 años de los consultorios médicos 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales en el periodo 2015-2016.

Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos, de 20 a 64 años de los consultorios médicos 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales en el periodo 2015-2016, sobre factores de riesgo, síntomas, complicaciones, y tratamiento.

Identificar los componentes de la estrategia educativa en pacientes de 20 a 64 años con hipertensión arterial de dos consultorios médicos familiar en el periodo 2015-2016.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Hipertensión arterial

La hipertensión (HTA) es una enfermedad caracterizada por el incremento de la resistencia periférica vascular total, lo que produce un aumento de la tensión arterial por encima de 140 mmHg de sistólica y 90 mmHg de diastólica. (10)

Existen dos tipos de hipertensión arterial: La hipertensión arterial primaria o esencial, de lo cual se desconocen los verdadero mecanismo, pero se sabe que hay una serie de factores que están implicados en su desarrollo (sedentarismo, sobrepeso, estrés, tabaquismo, consumo excesivo de sal entre otros). La hipertensión arterial secundaria que es menos frecuente y se produce como consecuencia de una sustancia nociva o bien una enfermedad; en estos casos el paciente no suele responder a los tratamientos antihipertensivos ni a las medidas del cambio del estilo de vida. (10)

La hipertensión arterial es un problema de salud pública en el Ecuador y el mundo. Peligrosa por ser silenciosa en la mayoría de los casos, de ahí el término de enemigo silencioso, lo cual produce un daño de órganos y una situación mortal. Pocas personas presentan síntomas, siendo el síntoma primario la cefalea entre otros. (10)

11.2 Epidemiología de la hipertensión arterial

"Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial (HTA) es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de hipertensos, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial en el mundo. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias; 7,2 millones son por enfermedades circulatorias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, la hipertensión arterial está presente en casi todas ellas".(2)

Las estadísticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador(M.S.P), en el 2012 la prevalencia de hipertensión arterial medida por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, siendo de 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres , La encuesta sobre Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE II), realizada en 2010, mostró una prevalencia de HTA en adultos de 60 años y más de 44,4% (11), en el Ecuador existen aproximadamente 16.027.466 de habitantes, de los cuales 5´048.651 habitantes, que representa un 31.5% de la población sufre HTA. De este 25% de casos, 1´625.000 reciben tratamiento y de los cuales 812.000 siguen un tratamiento. En nuestro país, 3 de cada 10 ecuatorianos son hipertensos(10).

Según el registro del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del Ecuador en el 2014 del total de registros de HTA el 47.54% corresponde a los hombres y el 52.46% a mujeres; y el grupo de mayor vulnerabilidad son los adultos mayores con 52.39%, sin embargo en el grupo de 36 a 64 años es del

40.63%. (10)

11.3 Fisiopatología de la hipertensión arterial

La HTA es el resultado de un proceso en el que intervienen dos tipos de factores: los que inician la disregulación de la (presión arterial) PA, o inductores, y los que determinan la elevación de la PA, o efectores. Como se detallará a continuación. (12)

Hay muchos factores inductores y efectores, por lo que las interrelaciones posibles entre éstos son también múltiples. Ello determina la heterogeneidad patogénica y fenotípica de la HTAE y a la postre, su carácter clínico de síndrome. (11)

El sistema circulatorio humano es una complicada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo pese a numerosas cambios. Una elevación constante de la presión arterial refleja un trastorno en las interrelaciones de los factores que mantienen este equilibrio. (11)

Son varios los factores fisiopatológicos que han sido considerados en la producción de la hipertensión esencial: el aumento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS); el alto consumo de sodio; la disminución de la ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina, que produce un incremento en la producción de angiotensina II y aldosterona; la deficiencia de vasodilatadores, tales como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) La hipertensión reduce los niveles de la enzima óxido nítrico sintetasa endotelial (eNOS) y neuronal (nNOS), (13) y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kininakalikreína, que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio; las alteraciones en los vasos de resistencia, incluyendo lesiones en la microvasculatura renal; la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina; la obesidad; la dislipidemia, el incremento en la actividad de factores de crecimiento; las alteraciones en los receptores adrenérgicos, que influyen la frecuencia cardíaca, el inotropismo cardíaco y el tono vascular; y las alteraciones celulares en el transporte iónico. (11)

La respuesta vascular exagerada, hiperreactividad cardiovascular, es una salida a la influencia del sistema nervioso simpático y la acción de diferentes factores de riesgo cardiovascular, este es un estado previo al establecimiento de la HTA, la cual se va a instaurar en la medida que se acentúen los cambios vasculares y aparezca la resistencia vascular.(14)

11.4 Factores de riesgos

La posibilidad de que una persona presente valores de presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de estos factores de riesgo son claves para la prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. Las causas de una baja efectividad en el control de los factores de riesgo en hipertensión arterial son diversas, algunas de estas pueden vincularse a las acciones de los

agentes de salud y otras a las de los usuario que no acuden o no realizan un control médico adecuado. (14)

La prevención primaria es una estrategia dirigida a los pacientes, comunidad y al grupo de alto riesgo. Mediante la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el conocimiento y prevención de la hipertensión. Para tener éxito se tiene que educar al paciente y es la enseñanza de los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la hipertensión arterial y en algunos de los casos es el único tratamiento que se requiere. Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados. (15)

Factores de riesgos no modificables: son el resultado de condiciones genéticas o físicas que no cabe modificar a través de los cambios en el estilo de vida. Edad al envejecer, aumenta la relación de muertes cardiovasculares debidas a múltiples causas.

Antecedentes familiares: el historial familiar cardiovascular incrementa la propensión a morir por trastornos cardíacos. Sexo los hombres presentan una tasa más elevada de muerte por enfermedades cardiovasculares. La diferencia observada entre los sexos reside esencialmente en las diferencias hormonales y el estilo de vida reportado. Identificar a las personas con factores de riesgo inherentes constituyen un aspecto importante, puesto que estos individuos de alto riesgo pueden minimizar su perfil general, modificando los factores que pueden controlar mediante el manejo conductual y los ajustes en su estilo de vida. (12)

Factores de riesgos modificables: En las últimas décadas en el mundo entero, se observa un incremento en la prevalencia de factores de riesgo a la salud en la población, particularmente aquellos asociados a obesidad y sedentarismo, por naturaleza son modificables, ya que son los que indican los hábitos de vida del individuo. Tabaquismo el consumo de cigarrillos es el factor de riesgo conductual más importante que incrementa las probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular, pero también el mayor consumo de alimentos altos en sodio, azúcares y grasas(17).

Factores de riesgos psicosociales

Ansiedad: la ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligros anticipados. Se ha sospechado que niveles elevados de ansiedad contribuyen a desarrollar enfermedades cardíacas. Parte de la evidencia al respecto se demuestra en un seguimiento realizado durante un período de 18-20 años en individuos normotensos, reveló que los hombres que padecían un nivel elevado de ansiedad tenían una probabilidad dos veces mayor, que los hombres con niveles de ansiedad poco elevados, para desarrollar hipertensión durante una edad intermedia.

Nivel educativo e ingresos económicos: las personas con un bajo nivel educativo y escasos ingresos tienden a acudir de forma tardía a los centros de salud, presentan más problemas en identificar síntomas y/o no poseen los recursos necesarios para identificar los cambios que producen la hipertensión arterial. (12)

11.5 Clasificación según los niveles de presión arterial

Categoría	Presión arterial sistólica(mmHg)		Presión arterial diastólica (mmHg)
Óptima	Menor 120	Y	Menor 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión Grado 3	Mayor o igual 180	y/o	Mayor o igual 110
Hipertensión Sistólica aislada	Mayor o igual a140	y	Menor 90

En la Guía Europea ESH/ESC de 2013. (18-19)

11.6 Tratamiento de la hipertensión

La meta principal del tratamiento de la hipertensión arterial es disminuir la morbilidad y mortalidad atribuibles a esta enfermedad. El tratamiento incluye las modificaciones en el estilo de vida, como son: restricción de sodio en la dieta (5-6 g por día), control del peso, realizar ejercicio aeróbico, moderación de la ingestión etílica y la incorporación de dietas apropiadas contra este padecimiento, como la dieta DASH (dieta rica en frutas y verduras y baja en grasa). (20)

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

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

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

Meta de presión arterial en pacientes con diabetes o insuficiencia renal

crónica: <140/90 mmHg. (13)

Tratamiento no farmacológico

La presión arterial alta en sus inicio es una enfermedad que puede responder a cambios del estilo de vida, reducción del consumo de sodio, aumento del consumo de potasio a través de una mayor ingesta de frutas y verduras, disminución del peso corporal, abandono del cigarrillo, evitar el alcohol en exceso y hacer ejercicio físico isotónico frecuente. (21)

El ejercicio conjuntamente con la terapia farmacológica antihipertensiva potencian su efecto, por lo que suele ser necesario un ajuste en la dosis. Además los efectos metabólicos e hidroelectrolíticos del ejercicio y de los medicamentos deben analizarse en cada paciente, una sesión de ejercicio isotónico puede reducir la PA sistólica en más de 10 mmHg en especial en periodo post-ejercicio, y esta reducción se debe tener en cuenta a la hora de ajustar la dosis y horarios de los medicamentos. (14)

Modificación de hábitos y reducción de hipertensión.(22)

INTERVENCIÓN	REDUCCIÓN PROMEDIO DE PAS
Reducción de peso (IMC menor de 25)	5-20 mmHg. /10 Kg
Cambio de alimentación (frutas, legumbres, menos grasa)	8-14 mmHg
Reducción de sodio (menos de 2.4 g)	2-8 mmHg
Ejercicio (30 minutos. 5 días/semana)	4-9 mmHg
Limitar alcohol (menos o igual 2 bebidas/día.	2-4 mmHg

Tratamiento farmacológico

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

Medicamentos antihipertensivos en la población general que no presente ninguna comorbilidad o algunos de los factores de riesgos más importantes a tomar en consideración al momento de elegir un antihipertensivo son: su eficacia como monoterapia, sus efectos adversos y su costo. Algunos expertos sugieren que lo más importante es la meta de presión arterial y no la elección de un antihipertensivo en especial. (13)

Los diuréticos tiazídicos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y los bloqueadores de los canales de calcio pueden

prescribirse como antihipertensivos de primera línea en pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica. Los diuréticos tiazídicos (por ejemplo, clortalidona 12.5-50 mg/día o hidroclorotiazida 12.5-50 mg/día) son los medicamentos más prescritos como primera línea en pacientes hipertensos por sus beneficios probados a través de años de investigación clínica. (13)

Los diuréticos tiazídicos reducen de manera significativa la mortalidad, la incidencia de evento vascular cerebral y todos los eventos cardiovasculares adversos, los diuréticos tiazídicos son los fármacos con mayor eficacia en relación con el efecto benéfico cardiovascular, seguidos muy de cerca por los IECAS. Además, son los antihipertensivos con menor costo en el mercado. (13)

Los diuréticos tiazídicos pueden ocasionar complicaciones como dislipidemia e intolerancia a la glucosa. Otros efectos adversos conocidos de estos fármacos son: la disminución del sodio, calcio y la producción de gota.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS, por ejemplo, enalapril 5-20 mg/12-24 horas o lisinopril 10-40 mg/día) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II, por ejemplo, losartan 50-100 mg/12-24 horas o valsartan 40-320 mg/día) pueden ser recetados también como antihipertensivos de primera línea en la población general, que no sea afroamericana. (13)

Los IECAS y ARA II están contraindicados en pacientes con antecedentes de angioedema, estenosis arterial renal bilateral, insuficiencia renal oligúrica y embarazo. Se deben prescribir con precaución con potasio >5 mg/dl, creatinina >2.5 mg/dl y presión arterial sistólica <90 mmHg, Los diuréticos tiazídicos o los bloqueadores de los canales de calcio (por ejemplo, amlodipino 2.5-10 mg/día) son de primera elección en pacientes ancianos y afroamericanos. (13)

Medicamentos antihipertensivos en pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica Los IECAS y ARA-II son los medicamentos de primera línea en pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica. El tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina es la única opción realmente efectiva en evitar el aumento en la creatinina sérica en pacientes con diabetes mellitus, Un IECA + un bloqueador de los canales de calcio (por ejemplo, benazepril/amlodipino 5/10 mg/día) parece ser la mejor combinación para reducir la mortalidad en pacientes con diabetes mellitus. (13)

Fármacos de elección

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

mmHg o PAD 90-99	
Diuréticos tipo Tiacidas o considerar: IECAS, B bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio.	Tratamiento iniciar con dos fármacos: Diuréticos con IECAS, B bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio

11.7 Impacto socioeconómico de la hipertensión arterial.

El diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado producen importantes beneficios sanitarios y de índole económico de la hipertensión arterial. El adecuado tratamiento de las complicaciones de la hipertensión abarca una serie de gastos que empobrecen la economía de los países en vía de desarrollo (26).

En los países de ingresos bajos y medianos donde la salud no es gratuita, muchas personas no buscan tratamiento para la hipertensión porque su costo es alto. Por esta razón, las familias toman una proporción considerable de sus ingresos a sufragar las hospitalizaciones y la atención que demandan las complicaciones de la hipertensión, como los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares o la insuficiencia renal. (26)

Las familias deben afrontar gastos elevados generados por la atención médica, a menudo durante mucho tiempo en el caso del tratamiento de las complicaciones de la hipertensión, y esto suma a millones de personas en la pobreza (11). Además, la pérdida de ingresos familiares por fallecimiento o discapacidad que acarrea las complicaciones de la hipertensión puede tener consecuencias devastadoras. En algunos países en vía de desarrollo los gastos en concepto de enfermedad cardiovascular constituyen el 20% del gasto total en controlar su enfermedad. (26)

Se prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada de producción asociada con las enfermedades no transmisibles en los países de en vía de desarrollo será de US\$ 7,28 billones. La pérdida anual de aproximadamente US\$ 500 000 millones a causa de las principales enfermedades no transmisibles representa alrededor del 4% del producto interior bruto en esos países. Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son el motivo de casi la mitad del costo la incidencia creciente de las enfermedades no transmisibles aumentará la dependencia y los costos de la atención para los pacientes y sus familias, a menos que se intensifiquen los esfuerzos de salud pública para prevenir estas afecciones de esta temible enfermedad por sus complicaciones. (26)

11.8 Modificaciones de estilos de vida en hipertensión arterial

Los cambios de los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios, de

actividad física y hábitos tóxicos ocupan un lugar importante en el desarrollo de buena salud de las personas. Cuando estos son inadecuados constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la (HTA), y otras, endocrinas metabólicas, como la diabetes mellitus y la obesidad entre otras. (23)

Para mejorar el abordaje de la hipertensión se enlaza la modificación de los estilos de vida de quienes la sufren, estos aspectos que han mostrado ser problemáticos en esta población, según múltiples estudios e informes a nivel mundial. Por lo tanto la evaluación de los conocimientos debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a la citas de control en los servicios de salud, el conocimiento cognoscitivo sobre los factores de riesgo y las complicaciones que produce esta enfermedad, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables que incluyen la práctica de actividad física regular, la alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillo, entre otras.(24)

El tratamiento antihipertensivo farmacológico por sí solo ha tenido poco éxito en la reducción de las complicaciones cardiovasculares. Se debe incentivar modificaciones en el conocimiento tanto en el estilo de vida, valores normales de su presión arterial, así como métodos para prevenir la hipertensión en el paciente con factores de riesgos. (25)

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

Las guías internacionales para la prevención, detección y tratamiento de la HTA sostienen que es una enfermedad multifactorial, y que dentro de sus múltiples factores el estrés constituye el factor psicosocial de riesgo, de similar importancia a la que tiene otros factores clásicos, tales como: antecedentes familiares de HTA, consumo de sal, alcohol, tabaquismo, sedentarismo y obesidad. (26)

Es así que el estilo de vida también es considerado una variable fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la HTA, de hecho, una de las enfermedades crónicas de las que se considera que surge como consecuencia del estilo de vida que suelen presentar los individuos en los países modernos e industrializados. (23)

Desde la psicología de la salud, el estilo de vida es definido como aquellos patrones cotidianos de conductas, que pueden llevar a que el individuo mantenga la salud o, por el contrario, se exponga a riesgo de enfermar, comportamientos determinados por el contexto social y cultural en el que el sujeto está inmerso (23).

Diferentes estudios han evidenciado la utilidad de las estrategias educativas de intervención y su necesidad para modificar el conocimiento de la enfermedad en todo sus aspectos, factores de riesgos, complicaciones, estilos de vida, cumplimiento y adherencia al tratamiento con la consecuente mejoría de los indicadores de calidad de la atención medica integral.

11.9 Estrategias educativas

Por siglos, la educación en salud ha sido parte del proceso del cuidado, sin embargo, la documentación que la apoye a sido insuficiente y poco mantenida en el tiempo. Sólo a mediados y fines de 1800, los cuidados y la educación en salud empezó a ser formalizada y quienes la proveían en mayor porcentaje fueron enfermeras y médicos.(14)

Después de la Segunda Guerra Mundial, debido a que la longevidad aumentó, y la sobrevivencia de las personas con enfermedad crónica aumento, la educación empezó a ser el foco de la administración de los problemas crónicos y el término "educación de los pacientes" empezó a aparecer en la literatura. Hoy en día la educación de los pacientes es reconocida como una herramienta integral de tratamiento y en países como Estados Unidos, es un mandato para las agencias de acreditación de cuidados de la salud. (27)

La educación para la salud puede ser definida como un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes de los pacientes que requiere para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud. (15)

También se puede entender como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto el impartir de forma sistemática los conocimientos teóricos prácticos, a los pacientes así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, para mejorar sus condiciones de vida y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisitos para preservar en óptimas condiciones su estado de salud. (15)

La educación para la salud tiene dos objetivos fundamentales: capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que favorezcan la salud y empoderarse de su enfermedad y conseguir su participación en el proceso educativo mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones que favorezcan la salud.

Los métodos, medios de información y las técnicas que pueden emplearse para transmitir mensajes de salud y educación que describe la OMS, pueden ser de dos formas. La primera es el método directo, de persona a persona, en el que, el agente de salud, medico y enfermera es el principal comunicante. Y el método indirecto, en el que la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que proceden de otra fuente, por ejemplo, programas de radio y televisión. Ambos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz. (15)

La estrategia educativa debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada persona o comunidad. Se debe adoptar, siempre que sea posible, técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que la comunidad o personas estén acostumbradas.

La educación en salud debe considerar la implementación de un plan de trabajo o un plan educativo en el cual se establezca un diagnóstico de las necesidades educativas; formulación de objetivos y/o metas que se quiere alcanzar, la definición de objetivos es importante porque así se fija la dirección de los esfuerzos que se debe realizar, en estos debe indicarse en forma explícita los cambios de conocimientos, actitudes o hábitos que se procura lograr como condición para alcanzar la meta, la cual le da un sentido de misión a la educación; diseño de la estrategia educativa; ejecución de actividades, métodos o técnicas educativas para incorporar el conocimiento; y la evaluación del programa desarrollado. (15)

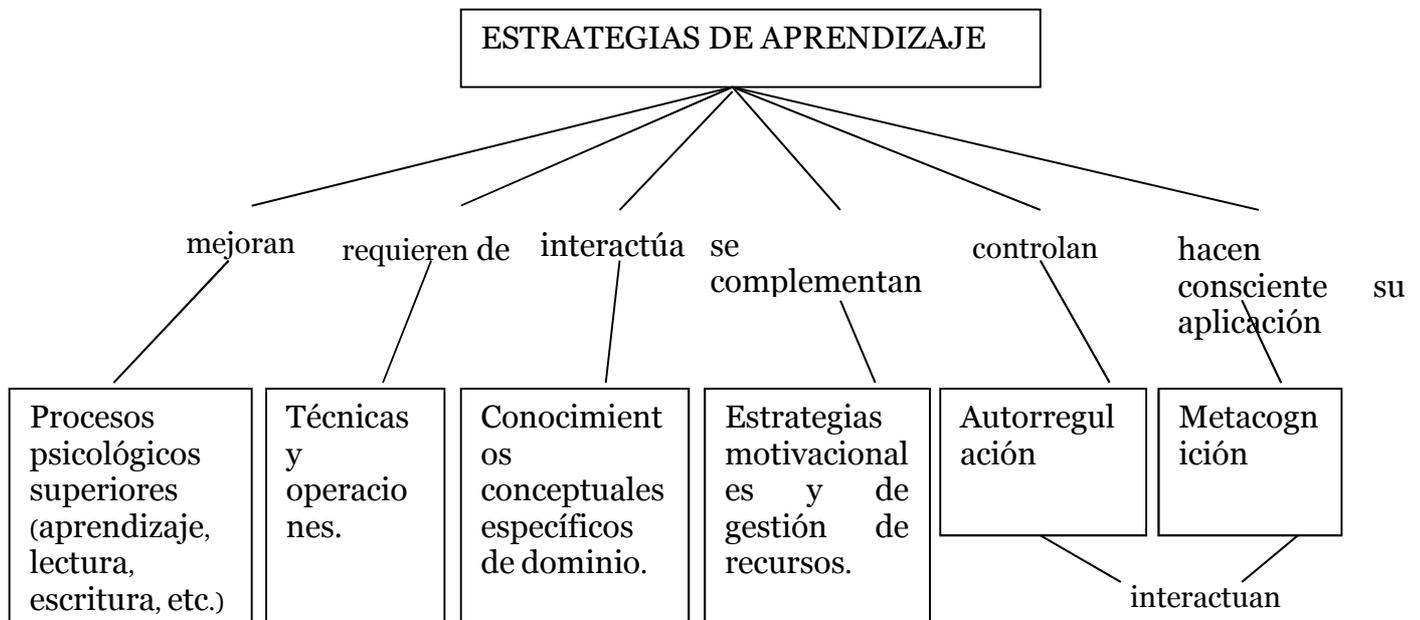
La implementación de las estrategia educativa permiten la identificación, selección e incorporación de metodologías y técnicas de aprendizaje por parte de los individuos y grupos con que se trabaja. El punto de partida para el diseño de una estrategia educativa debe ser la identificación del nivel de conocimiento y utilización de los recursos, métodos y técnicas de aprendizaje ya existentes en el contexto en el que se realizará la educación.

La educación en salud es una herramienta que permite a las personas asumir un rol activo en la reforma de sus conductas o comportamientos para promover la salud, a partir de la incorporación del conocimiento que se entrega por parte de los profesionales de la salud. En las enfermedades crónicas y particularmente en la HTA, la enseñanza no sólo permite que los pacientes aumenten sus instrucciones e ideas acerca de la enfermedad, sino que también mejoren su atributo de vida, ya que a través de la educación se mejora la perspectivas del conocimiento de la enfermedad en todo sus aspectos, facilitando procesos de promoción, prevención y prestación de servicios de salud de alta calidad a toda la población del territorio nacional, y mejora la adherencia al tratamiento (28).

Diferentes tipos de intervención.

Se define como estrategias de aprendizaje como las secuencias integradas de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, el almacenamiento y/o la utilización de información o conocimientos (29).

Mapa Conceptual de estrategias de aprendizaje y procesos relacionados



Fuente: Elaborado en base a lo propuesto por Pozo(1996).

Andragogía y su papel en las estrategias de intervención.

Andragogía, es la sabiduría y arte que, siendo parte de la antropología y estando inmersa en la educación indeleble, se desarrolla a través de una praxis fundamentada en los principios de participación y horizontalidad cuyo proceso, al ser orientado con características sinérgicas por el facilitador del aprendizaje, permite agrandar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su autorrealización. (30)

Hay cuatro aprendizajes fundamentales en el transcurso de la vida pilares del conocimiento, aprende a hacer para poder influir sobre su propio entorno; aprender a conocer es decir adquirir los instrumentos de la comprensión; aprender a vivir juntos para participar y cooperar con los demás en todas las actividades; y por ultimo aprender a ser un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores. (31)

Frente a las estrategias pedagógicas se tiene en cuenta para su planeación los niveles de intervención y se basan en la educación popular para su abordaje, donde las estrategias más implementadas son la lúdica, en conjunto con los materiales educativos impresos y audiovisuales, igualmente se dio a conocer la relación con los principios del modelo de la andragogía o educación en el adulto con base al objetivo de la necesidad de saber, y la experiencia del adulto a partir del uso de métodos con los cuales se reconozcan.(15)

Componentes de una estrategia de intervención educativa eficaz

Proceso de concientización de la necesidad de mantener una vida saludable donde la persona debe estar consciente de la importancia del bienestar integral

y del proceso a seguir para asegurar una vida sana, para lo cual es necesario tener en cuenta las capacidades de la persona, su medio ambiente y las políticas de salud.

Cambio comportamental en salud hacia la adopción de estilos de vida saludables. Se tienen en cuenta los determinantes de la salud. Cambios en los sistemas de salud, modificaciones ambientales y conocimiento de la implicación de la biología en la salud humana, al igual que los comportamientos individuales.

Identificación de necesidades.

Este factor es uno de los más importantes, las necesidades deben ser medidas desde el contexto epidemiológico como también desde la percepción de la población, o sea la actualización de los pacientes que acuden a su control mensual así como la valoración del nivel de conocimiento que la población tenga.

Planeación del programa.

En este se requiere un análisis de las necesidades y de los recursos disponibles para la implementación de las estrategias, identificar organizaciones o entidades intersectoriales que contribuyan con la ejecución del programa aquí estaría inmersa los técnicos de salud y enfermeras de cada uno de los centro de salud donde se realice la estrategia y la planificación del plan de acción. Este paso exige conocer las habilidades de la población, el acceso a sistemas de transporte, la habilidad de cambiar y políticas de salud que faciliten el cambio. (32)

Desarrollo del programa estrategias pedagógicas en APS

Permite el uso de la experiencia profesional para educar y facilitar cambios de actitudes de la mejor manera posible con la población que se trabaja. Presenta dificultad porque requiere el apoyo de todos los sectores para que se dé un trabajo de promoción completo, es de anotar que se puede aprender de las experiencias obtenidas previamente, sin embargo, no existen dos programas de prevención y promoción idénticos teniendo en cuenta el contexto.

Evaluación.

Este componente debe comenzar desde el momento de la planeación, la evaluación de programas de promoción de la salud debe incluir un análisis del proceso, del impacto de las acciones y de los resultados a corto y largo plazo esto significa que el proceso tiene que terminar y sacar conclusiones que permitan seguir implementando nuevas estrategias mejorando las aspecto que tuvieran falencias.

En la planeación y ejecución de cada uno de estos pasos es necesario tener en cuenta estrategias pedagógicas para poder desarrollarlas de la forma adecuada

frente a sus características socioculturales y que realmente generen empoderamiento como consecutivamente se mostrará.

Tendencias actuales de las estrategias de intervención

La educación para la salud y la educación para adultos ambas se están desarrollando para capacitar a la gente para la acción y autonomía y provocar un cambio individual y social, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO,1997.), teniendo en cuenta que una de las variables que se da a conocer es la predisposición a tener mala salud quienes tienen un menor nivel educativo, por lo cual estas acciones de promoción y prevención son fundamentales a desarrollar con la comunidad.

En el sector de la salud, se identifica que la educación de adultos se ha enfocado en la promoción de la salud, donde se tienen en cuenta los riesgos a nivel biopsicosocial y ambiental. La experiencia en la educación en salud y educación en adultos tienen en común los intereses de la gente, se tienen en cuenta sus iniciativas y experiencias para la participación en la toma de decisiones de manera conjunta. (15)

11.10 Relación de las estrategias vinculadas a la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial HTA es una enfermedad muy prevalente en todo el mundo. La presión arterial medida en consulta conlleva una relación continua e independiente entre la incidencia de complicaciones Cardiovasculares graves (ictus, infarto agudo de miocardio [IAM], muerte súbita, insuficiencia cardiaca [IC] y enfermedad arterial periférica [EAP]), así como con la enfermedad renal en fase terminal. Esto es cierto para todas las edades y todos los grupos étnicos.(33)

La HTA rara vez produce síntomas en las primeras etapas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican, a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (34)

Existe una relación directa entre la HTA y el riesgo de sufrir un evento isquémico, incluyendo el ictus. De hecho, se estima que el 67% de los pacientes que ha sufrido un ictus tiene elevadas las cifras de presión arterial. La HTA multiplica por cinco el riesgo de ictus y su control podría evitar todos los años el 40% de las muertes por ictus. En la actualidad, se ha establecido como cifras de presión arterial óptimas por debajo 140/90 mm Hg y a los diabéticos o con enfermedad renal crónica por debajo de 130/80 mm Hg (35).

La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%. En las

poblaciones diabéticas, la prevalencia de la hipertensión es 1,5 a 3 veces mayor que en no diabéticos de la misma franja etaria. En la diabetes tipo 2, la hipertensión puede ya estar presente en el momento del diagnóstico o inclusive puede preceder a la hiperglucemia evidente. (18)

En las últimas tres décadas, la detección, implementaciones de estrategias educativas y el tratamiento precoces de la hipertensión y otros factores de riesgo, aunados a políticas de salud pública que reducen la exposición a factores de riesgo conductuales, han contribuido a la disminución gradual de la mortalidad por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en los países de ingresos elevados. (36)

La detección temprana de daños hipertensivos permite la introducción de la terapia con medicamentos, contribuyendo así a la reducción de eventos cardiovasculares relacionados, y para un mejor pronóstico, así como para la mejora de la calidad relacionada con la salud de la vida.(37)

Los resultados de un estudio metacéntrico nacional en 35 países, muestran que la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en los hombres son valores que llegan al 40 % en los países desarrollados, y del 25% en países más pobres, valores que reflejan una inadecuada atención de la hipertensión arterial. (38)

En los programas de autocuidado, se espera que los pacientes sean conscientes de su estado de salud, saber cuándo necesitan atención, y obtener un conocimiento adecuado respecto a los diferentes tópicos de la hipertensión no solo del tratamiento si no de sus factores de riesgo, complicaciones y el modo de tratamiento. **¡Error! Marcador no definido.**(21)

Para el desarrollo de una práctica educativa es necesario reconocer que cada individuo, familia y comunidad, tiene opiniones, valores y creencias adquiridas en su ambiente social, se ha demostrado que la intervención educativa mejora el conocimiento de pacientes hipertensos ambulatorios en atención primaria. (39)

La aplicación de una intervención educativa, en España asociada a la misma actividad asistencial de enfermería, es capaz de elevar el nivel de conocimientos en estos pacientes. Esto es importante desde el punto de vista de salud pública si obtenemos en cálculo la magnitud del problema y sus enormes implicaciones, tanto de morbilidad como de costos para el sistema de salud, con lo que haría que estas intervenciones pudieran ser recomendables. (22)

El efecto de las enfermedades cardiovasculares ECV está siendo especialmente cruento en los países de ingresos medios-bajos, donde la mortalidad y la morbilidad están teniendo tal impacto que amenaza incluso con frenar el desarrollo social y económico de varios de estos países. (19)

El informe, titulado «Prometan Cardiovascular Health in the Developing

World», se publicó en 2010 y presenta 12 recomendaciones para reducir la carga de la ECV global, con énfasis en desarrollar estrategias para la colaboración entre entidades públicas y privadas involucradas en el desarrollo y la salud mundiales. (19)

Este informe tiene como objetivo disminuir las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades de transmisión crónica empleando conocimiento y estrategias baratas que puedan mediar la gran cantidad de pacientes que padecen estas enfermedades, unas de estas estrategias está basada en darle conocimiento suficiente ósea en todo los aspectos que tiene la hipertensión al paciente sobre su enfermedad. (19)

Estos resultados, no generalizables, alertan que el personal de salud no brindaría información completa, comprensible y continua a sus pacientes, como lo señala la Ley General de Salud, situación que sugiere una deficiente relación médico-paciente e impediría tener al paciente como centro del proceso de atención sanitaria. (19)

El proceso de salud enfermedad, requiere información efectiva entre pacientes y médicos, solo así será posible entender las inquietudes y preferencias del paciente, además de lograr que se comuniquen y se entiendan las indicaciones a través de estrategias educativas para alcanzar la recuperación de la salud. (19)

El informe del estado global de las enfermedades no transmisibles (ENT) de la OMS, de abril de 2011, puso de manifiesto que las ENT se han convertido en la primera causa de muerte en el mundo, y son causa del 64% de las muertes en 2011. Los datos no dejaban dudas: más de 36 millones de personas fallecieron por ENT en 2011, principalmente por ECV. (19)

En este aspecto, los estudios Interheart e Interstroke mostraron que en todas las regiones del mundo, tanto la enfermedad coronaria isquémica como el ictus comparten muchos de los mismos factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus, escaso consumo de frutas y vegetales e inactividad física. (19)

A este respecto tomaron como iniciativa realizar múltiples intervenciones en la población sana y pacientes para mejorar su estilo de vida mediante intervenciones educativas sobre los diferentes enfermedades crónicas, en unidades educativas, hospitales, estrategias integrales de salud, con escasos recursos pero con resultados favorables. (19)

El conocimiento de los pacientes sobre la (HTA) y los beneficios de las modificaciones de estilo de vida parece ser la clave para el éxito del control de la (HTA), Intervenciones educativas tanto, bien diseñados con la participación activa de los pacientes son necesarias para aumentar el conocimiento HTA, auto monitoreo y control. (40)

Además de describir qué formato de comunicación (gráficos, tablas,

porcentajes o tasas) es el mejor para utilizar en las intervenciones educativas, el que se utiliza dependerá de las encuesta a desarrollar en cada estrategia aunque cada tipo tiene sus propias ventajas. Algunos autores sugieren que formatos visuales pueden ser la mejor manera de describir los elementos que deberían conocer los pacientes de su enfermedad, ya que la eficacia está condicionado por el conocimiento o el nivel educativo general del paciente. (20)

En los actuales momentos la necesidad de cambio de paradigmas biomédicos y de la valoración de nuevos conceptos sobre el proceso salud/enfermedad, se hace necesario ya que el paciente debe conocer a fondo todo los temas relacionado con su enfermedad no solo en consulta si no reproducir a fondo todo los aspecto y condicionantes que le produce esta enfermedad a su salud y así mejorar la calidad de vida de la población y garantizar un envejecimiento saludable. (41)

Toda actividad educativas dirigidas a la población deben tener algunos objetivos como prevenir la hipertensión arterial y para aquellos que ya padecen la hipertensión arterial las actividades deben ser aun más relevantes, enfocadas a la reducción de los niveles de presión arterial, control de otros factores de riesgo cardiovasculares, complicaciones y la reducción y uso adecuado de los medicamentos antihipertensivos. (24)

Otros estudios como Predimerc, Euroaspire IV, que son encuestas poblacional dirigida a los sujetos de entre 30-74 años de edad, para estimar la prevalencia de hipertensión y factores de riesgo cardiovascular, la información sociodemográfica, antecedentes personales y familiares de enfermedades cardiovasculares y los estilos de vida, fue recogida a través de entrevistas telefónicas asistidas por un ordenador (sistema CATI). Posteriormente, los participantes fueron citados para una única visita en su centro de salud, a fin de realizar mediciones antropométricas, toma de tensión y extracción de sangre en ayunas por un único equipo de enfermeras específicamente entrenado para el estudio. (42)

Estos estudios ponen de manifiesto la falta de atención que presenta las instituciones del ministerio de salud pública, con el empoderamiento que se debe tener con los pacientes atendidos desde el primer nivel, realizando estrategias que aumente el nivel de conocimientos de su enfermedad, es así que estas encuestas dejan al descubiertos las falencias desde el primer nivel de atención donde se realizaron los estudios. (25)

La OMS y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas como la hipertensión, que son un obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, las estrategias son deficientes en la atención primaria de la salud desarrollando un obstáculo aun mayor para el logro del control de la presión arterial. Es más la epidemiología de la hipertensión y enfermedades

relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes países y en diferentes regiones de países individuales. (43)

En Latinoamérica el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad, pueden ser atribuidos a la hipertensión. Se recomienda enfáticamente la educación sistemática de los pacientes hipertensos, este esfuerzo de educación debe involucrar a los pacientes y su propio conocimiento y tratamiento y ayudar a la formación de los equipos de salud en el área de educación de pacientes. Se ha propuesto algunos programas educacionales para Latinoamérica que comprenden estrategias, conferencias, para elevar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos. (26)

Todos los programas deben relacionar los problemas y necesidades de salud de tal manera que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acciones educativas, asignar recursos, conducir el proceso hasta la solución y control de los problemas con un enfoque intersectorial, multi e interdisciplinario y con la participación activa del paciente, la familia y la comunidad. (44)

La educación del paciente hipertenso en la promoción y prevención y diagnóstico, es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad en todo sus aspectos y sus consecuencias dotándolos de un arma de inestimable valor en el control de su enfermedad de forma individual y comunitaria. (45)

Las estrategias para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles han tenido una gran evolución y hoy se conocen acciones efectivas para su control a pesar que en algunas regiones no se ha mantenido el proceso. A la par del desarrollo de nuevas tecnologías para su tratamiento y diagnóstico temprano, diversos trabajos han demostrado que las acciones de tipo comunitario y, particularmente la ejecución de políticas saludables son intervenciones altamente costo efectivas son de gran impacto para el paciente su familia y comunidad. (28)

Las modificaciones realizadas en los programas de rehabilitación integral guiados por estrategias de conocimiento que les permiten a los pacientes que participan activamente en los ejercicios físicos han contribuido a que exista un mayor número de normopesos, dietas más saludables, disminución de la prevalencia de tabaquismo, menos complicaciones hipertensivas y disminución de las medias de las presiones máximas y mínimas son algunos de los logros de las intervenciones educativas. (46)

En un estudio realizado en Colombia sobre el impacto de una intervención educativa sobre factores de riesgo para hipertensión arterial los resultados obtenidos incremento los conocimientos en la población participante son algunas de las estrategias que tiene resultado positivo en mejorar el conocimiento del paciente para su beneficio. (47)

La estrategia educativa participativa es útil en la disminución de los factores de riesgo, de las complicaciones para HTA, puesto que la población objeto de investigación demostró el haber aprendido los conceptos básicos de su enfermedad y por ende poder aplicar tales conocimientos en la promoción de hábitos de vida saludable. (30)

Otros estudios concuerdan que el desarrollo de una serie de estrategias orientadas a la prevención, el manejo y la minimización de complicaciones, son un componente esencial del equipo de salud, orientado hacia la promoción, la conservación y el restablecimiento de la salud. (48)

Estos trabajos realizados en Colombia tienen como conclusión disminuir los costos sin alterar la calidad de los servicios prestados, disminución de la mortalidad, el número de reingresos y una disminución en los costos de manejo de los pacientes sometidos a la intervención. (31)

Se recomienda las siguientes estrategias: educación con programas comunitarios, estrategias operacionales para promover cambios de estilos de vida sobre todo en adultos jóvenes, programas educacionales para médicos y equipo de salud (enfermeras, nutricionistas, etc.), programas de detección precoz de la hipertensión, Pautas para el control óptimo de las cifras tensionales. (18)

Varios ensayos grandes han dado evidencia sólida de los beneficios de disminuir la presión arterial mediante estrategias de conocimiento y enseñanza en pacientes mayores con hipertensión sistólica y diastólica o hipertensión sistólica aislada, países como Chile ,Uruguay Argentina han demostrando disminuciones en ACV, eventos coronarios, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular. (49)

Los autores de estos estudios, reconocen que la publicación y difusión de las estrategias no serán suficientes para alcanzar los cambios recomendados tanto en las estrategias diagnósticas como terapéuticas, por lo que se ha programado intervenciones que permitan identificar las barreras del conocimiento, de las actitudes y de comportamiento, lo que permitirá tanto a los médicos como a los pacientes una adecuada adherencia a las recomendaciones de las estrategias. (32)

El estudio Renata actualizó los datos de prevalencia, conocimiento y tratamiento de la HTA en siete ciudades de la Argentina. Se observó que un tercio de la población evaluada es hipertensa y que la HTA es más frecuente en hombres. El alto porcentaje de pacientes que no conocían su enfermedad, así como el de hipertensos tratados y no controlados, además de resaltar la importancia y la necesidad de diseñar estrategias específicas que contribuyan a mejorar el control de esta patología elevando el nivel de conocimiento de los pacientes. (50)

Este estudio tuvo como objetivo actualizar la prevalencia de HTA en diferentes ciudades, evaluar el porcentaje de pacientes que conocen el diagnóstico de su

enfermedad, evaluar el porcentaje de hipertensos tratados con medicamentos antihipertensivos, evaluar el porcentaje de hipertensos controlados con las estrategias de intervención y el tratamiento. (33)

En los Estados Unidos, los sucesivos informes del NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) muestran cómo con la aplicación de campañas de educación y prevención ha aumentado la proporción de pacientes hipertensos que conocen su enfermedad y a la vez que mejora la de pacientes tratados y controlados a lo largo de 35 años. Entre los años 1976 y 2000, el porcentaje de pacientes que conocían su enfermedad aumentó del 51% al 69%, el porcentaje de pacientes tratados se elevó del 31% al 58% y, finalmente, el control de la HTA mejoró de un 10% a un 31% en el análisis 1988-2000, y llegó al 50,1% en el análisis 2007-2008. (33)

En la población evaluada (Pascuales), la prevalencia de HTA coincide con los datos referida en otros lugares. El elevado porcentaje de pacientes hipertensos no conocidos, así como el de tratados y no controlados, refuerza la necesidad de estrategias específicas que contribuyan a mejorar el control de esta patología.

Con esta estrategia se mejorará la calidad de la atención médica en la Atención Primaria de Salud, ya que se aumentan los conocimientos en los protagonistas esenciales en el control de la hipertensión arterial: los médicos de familias y los hipertensos. (23)

En el Ecuador, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes 2) constituyen las principales causas de mortalidad, hospitalización y consulta. La población laboralmente activa aparentemente sana requiere ser evaluada periódicamente para identificar sus estilos de vida. (51)

Es necesario que la población haga conciencia e identifique los factores de riesgo modificables que favorecen las ECNT, además conocer cómo esta su situación de riesgo que pueden afectar a cada individuo y a la sociedad, no solamente en el aspecto físico de salud sino también en lo económico y social. (34)

En el Ecuador existen cifras que reflejan una realidad parecida a las que observamos en la estadística mundial. Según el Ministerio de Salud del Ecuador, desde el año 2005 hasta el 2009, de cada 10 muertes, 6 correspondían a ECNT. En el año 2011 la diabetes mellitus fue la principal causa de muerte, con más de 4.455 defunciones anuales registradas; seguida por las enfermedades hipertensivas con 4.381, y las enfermedades cerebrovasculares con 3.930. Estas cifras son más elevadas en las provincias de la Costa y con una mayor incidencia en mujeres (INEC, 2011). (34)

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), manifiesta que es importante plantear una estrategia integral mediante programas que tomen en cuenta el entorno, incluyan todos los problemas y a los diferentes grupos de

la población. Tanto el estado, los gobiernos seccionales y la empresa privada deberían elaborar programas bien estructurados que lleven a mejorar las condiciones de salud y plantea posibles soluciones. (34)

Para la prevención del sobrepeso y obesidad, considerada como el principal factor de riesgo modificable para las ECNT (Bouchard, 2008), la ENSANUT recomienda la aplicación de impuestos al expendio de bebidas azucaradas y alimentos procesados, la regulación sanitaria adecuada para el etiquetado nutricional y la publicidad dirigida a niños en la que se incluyan campañas de cambios de comportamiento, mencionando la importancia de la actividad física y de una buena alimentación. (34)

En el caso de la población adulta es necesario crear conciencia de hábitos saludables como: rutinas diarias de ejercicios, reducir el consumo de grasas trans y saturadas, carbohidratos simples, bebidas azucaradas y aumentar el consumo de alimentos altos en fibra y consumir una dieta balanceada en horarios regulares, esto se puede lograr mediante un programa sistemático de educación nutricional y ferias en su entorno laboral que contribuyan a reducir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no trasmisibles ECNT. (34)

La educación para la salud consiste en capacitar a las personas con el fin de mejorar estilos de vida con un enfoque a los factores de riesgo para la salud. La mejor forma de que las personas obtengan la información clara sobre la conservación de la vida y la salud, es conseguir que se conviertan en los protagonistas de la intervención, siendo capaces de tomar sus propias decisiones en su cuidado a través de las estrategias educativas . (52)

Una intervención educativa debe concentrarse en la adquisición de conocimiento y habilidades de una forma motivadora y clarificadora. Los profesionales de educación para la salud deben considerar a los participantes de la investigación como principal recurso para mejorar la salud comunitaria, ya que estos serán quienes propaguen la información brindada. (35)

La educación del paciente hipertenso es la base fundamental que tiene la salud para disminuir la morbimortalidad, con estas estrategias se podrá lograr un adecuado control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. (53)

La debida percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión media de la población, lo que a su vez impacta sobre los factores asociados a la HTA; fundamentalmente sobre la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos en sangre, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad. (36)

La HTA no debe ser considerada únicamente como un problema aislado de cifras de tensión arterial (TA) por encima de los valores normales; no sólo se deben tomar en cuenta las cifras tensionales, sino también la presencia de

factores de riesgo concomitantes, así como aspectos personales, médicos y sociales del paciente, es decir, su perfil de riesgo cardiovascular global. (54)

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

En correspondencia con los objetivos y alcance de la investigación se realizó en dos consultorio de Medicina Familiar y Comunitaria un estudio observacional, en el cual no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de los eventos investigados. De carácter descriptivo, (según el número de variables analíticas), dado que se estiman y describen parámetros del tema objeto de estudio a partir de una muestra de la población. De acuerdo al número de ocasiones que se mide la variable de estudio se clasifica de corte transversal donde las variables son medidas en una sola ocasión.

12.2 Diseño de la investigación

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

12.2.2 Técnicas de recolección de información

El estudio incluyo el universo de pacientes hipertensos comprendidos en la edad de 20 a 64 años de edad de la población que acuden mensualmente a su control, correspondiente a dos consultorios médicos familiar del Centro de Salud Pascuales.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Pacientes mayores de 20 años y menores de 64 años

Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes hipertensos con algún tipo de incapacidad neurológica

12.2.3 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los pacientes para participar en la investigación (Anexo 1).

La elaboración de un cuestionario que contiene preguntas con la valoración en sus dimensiones acerca del concepto de hipertensión, síntomas, factores de riesgos, complicaciones y tratamiento, el cual fue construido por el autor de la

investigación y sometido a juicios de expertos .

Se seleccionaron seis expertos de reconocida trayectoria y experiencia de trabajo en el ámbito de la salud que de forma voluntaria aceptaron evaluar el contenido de dicho instrumento.

Una vez conformado el equipo de expertos, se les remitió por vía correo un documento informativo sobre los objetivos y características de la investigación y el interés en su valoración crítica y observaciones sobre el instrumento en cuestión. Se entregó una copia del cuestionario de hipertensión arterial y se acompañó además de una encuesta para su calificación, de acuerdo a los principios establecidos por Moriyama, Ésta recogió las cinco dimensiones o categorías de juicio, a saber: «razonable y comprensible», «sensible a variaciones», «suposición justificable», «claramente definida» y «datos factibles de obtener», Cada dimensión se calificó atendiendo a la escala: 0: «nada»; 1: «poco», y 2: «mucho». Se tomo el criterio respaldado por Moriyama para considerar como válidos los resultados de la evaluación de las preguntas e ítems, en que las respuestas de los jueces ostenten un nivel de acuerdo igual o mayor al 70 % en la escala «mucho».

En la encuesta se indaga el conocimiento de hipertensión arterial a partir de preguntas específicas:

Cuestionario de conocimiento de hipertensión arterial.

Concepto de hipertensión arterial: preguntas 6, 7, 8, 9, 10.

Factores de riesgo de hipertensión arterial: preguntas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

Síntomas de hipertensión arterial: preguntas 18, 19.

Complicaciones de hipertensión arterial: preguntas 20, 21, 22, 23, 24.

Tratamiento de hipertensión arterial: preguntas 25, 26, 27, 28, 29.

Se tomo como resultado de que conocen del tema cuando las respuestas llegan a un porcentaje igual o mayor a 70%.

El instrumento evaluador quedo conformado por una sección de 5 preguntas que valoran los aspectos sociodemográficos y 24 preguntas que valoran el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial (Anexo 2)

La recolección de datos se realizo a través de la encuesta que se efectuó en las consultas y los domicilios de los pacientes que fueron identificados a partir de la dispensarización y las historias clínicas incluidas en el estudio de forma personal a realizar por el autor de la investigación. Esta fuente proporciona la

información referente a los conocimientos sobre hipertensión arterial en los pacientes de 20 a 64 años de edad del Centro de Salud Pascuales en el periodo 2015-2016.

12.2.4 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

12.2.5 Técnicas de análisis estadístico

Variables	Tipo de técnica
Conocimiento sobre concepto de hipertensión arterial.	Encuesta
Conocimiento de factores de riesgos de hipertensión arterial.	Encuesta
Conocimiento de signos y síntomas de hipertensión arterial.	Encuesta
Conocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial.	Encuesta
Conocimiento del tratamiento de la hipertensión arterial.	Encuesta
Edad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Auto identificación étnica	Encuesta

Los resultados obtenidos se introdujeron en una hoja de cálculo de Excel y a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 20.0. fueron procesados. Se utilizaron para el resumen de los datos las medidas: números absolutos, porcentaje, media y desviación estándar.

12.3 Variables

12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de Escala
Variable de interés			
Nivel de conocimiento de hipertensión arterial.	Conoce No conoce	Número y porcentaje	Cualitativa Ordinal.
Variables de caracterización			
Edad	20-39 40-64	Número y porcentaje	Cuantitativa Discreta.
Sexo	Masculino Femenina	Número y porcentaje	Cualitativa nominal dicotómica
Ocupación	Empleado u obrera del estado. Empleado u obrera privada. Jornalera o peón. Cuenta propia (independiente). Empleada domestica Ama de casa	Número y porcentaje	Cualitativa nominal politomica
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Porcentaje y números.	Cualitativa Nominal politomica
Escolaridad	Básica Secundaria Superior	Porcentaje y números.	Cualitativa ordinal.
Auto identificación étnica	Blanca Negra Mestiza Mulata Montubia indígena Otros	Porcentaje y números.	Cualitativa Nominal politomica

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los 45 pacientes hipertensos estudiados, se pueden observar en la Tabla 1. La media de edad fue 52.5 con un rango de 20 a 64 años. Este hallazgo se corresponde con lo planteado por la literatura, donde se describe que: a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer hipertensión arterial y que por ende aumenta progresivamente con la edad, la escolaridad que predominó fue primaria que representan un total de 75,5% [34 pacientes], y la etnia que prevalece es la mestiza 100% [59 pacientes], la ocupación que prevalece es ama de casa que representan 55,9% [33 pacientes] situación que se corresponde con la población en estudio, y estado civil que predomina es casado 44,1% [26 pacientes] un factor importante porque en la mayoría de los casos su pareja también es afectada de alguna enfermedad crónica.

Tabla 1: Distribución de pacientes según variables sociodemográficas. Consultorios 5 y 15. Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Nº N=59	%
Edad (años)		
20-39	4	6,8
40-64	55	93,2
Media + SD (mínimo-máximo)	52.5 +- (29-64)	
Sexo		
Femenino	42	71,2
Masculino	17	28,8
Escolaridad		
Primaria	46	77,9
Secundaria	9	15,2
Superior	4	6,7
Autoidentificación étnica		
Mestiza	59	100,0
Ocupación		
Ama de casa	33	55,9
Cuenta propia	13	22,0
Trabajador privado	8	13,6
Empleado del estado	3	5,1
Jornalero	2	3,4
Estado Civil		
Casado	26	44,1
Unión libre	21	35,6
Soltero	9	15,3
Viudo	3	5,1

Respecto a los conocimientos de la hipertensión en la tabla 2 se observa que 67.8% [40 pacientes] sabe que es la hipertensión, y el 32,2% [19 pacientes] desconocen de los tema evaluados, siendo el sexo femenino que prevalece en ambas resultados, el mayor porcentaje conocen sobre el tema resultado que pudiera relacionarse a las constantes visitas que realizan los pacientes a las consultas de medicina familiar y comunitaria.

Tabla 2: Distribución de los pacientes según el conocimiento de hipertensión arterial y sexo. Consultorios 5 y 15. Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Conocimiento de hipertensión	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	Nº	%	Nº	%		
No conoce	10	23,8	9	42,9	19	32,2
Conoce	32	76,2	8	57,1	40	67,8
Total	42	100,0	17	100,0	59	100,0

En los grupos etarios, predominó el de 40-64 años, en la tabla 3 se observa que el 75,0% [3 pacientes] , obtuvieron el mayor porcentaje son los que más saben acerca de la enfermedad. En definitiva se lograron resultados similares con el otro grupo etario los conocimientos con diferencias significativas entre los grupos de edades.

Tabla 3: Distribución del conocimiento de hipertensión arterial por grupo etario. Consultorios 5 y 15. Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Conocimiento de hipertensión	Edad en grupos				Total	
	20-39		40-64		N	%
	Nº	%	N	%		
No conoce	1	25,0	18	32,7	19	32,2
Conoce	3	75,0	37	67,3	40	67,8
Total	4	100,0	55	100,0	59	100,0

Las características de la variable de la escolaridad relacionados con los conocimientos de la hipertensión en la tabla 4 se observan la distribución donde el 77,7 [7 pacientes] tienen una escolaridad de secundaria y fueron los que más conocimiento tenían, dato de vital importancia al momento de realizar la estrategia educativa debido a que son pacientes con un nivel de escolaridad aceptable lo que hace posible que la estrategia tenga un factor adecuado de una audiencia factible de acoger los conocimientos adecuados para elevar su nivel de conocimiento.

Tabla 4: Distribución de los pacientes según el conocimiento de acuerdo a su escolaridad. Consultorios 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Variable Escolaridad	Conocimiento de hipertensión					
	No conoce		Conoce		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	14	77,7	32	78,0	46	77,9
Secundaria	2	11,1	7	17,0	9	15,2
Superior	2	11,1	2	4,9	4	6,7
Total	18	100,0	41	100,0	59	100,0

Por lo que respecta a los conocimientos sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión en la tabla 5 se observan la distribución donde el 52,5% [31 pacientes] es capaz de identificar algunos factores de riesgo y el 47,5% [28 pacientes] no los conoce de entre los desconocidos fueron la edad, el sexo y la alimentación como factor de riesgo para la hipertensión, estos valores se consideran muy bajos para lograr que un paciente pueda tener adecuado control de los factores que le desencadenarían la hipertensión.

Tabla 5: Distribución de los pacientes según el conocimiento de los factores de riesgos de hipertensión arterial y sexo. Consultorios 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Factores de riesgos de hipertensión arterial	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	N	%
No conoce	16	38,1	12	70,5	28	47,5
Conoce	26	61,9	5	29,5	31	52,5
Total	42	100,0	17	100,0	59	100,0

De los resultados sobre los síntomas de hipertensión arterial en la tabla 6 se observa la distribución de los conocimientos sobre los síntomas de hipertensión arterial donde el 74,6% [44 pacientes] es capaz de reconocer algunos de ellos, y el 25,4% [15 pacientes] no conocen o no han tenido ningún síntoma relacionado con el aumento de la tensión arterial.

Tabla 6: Distribución de los pacientes según el conocimiento de los síntomas de hipertensión arterial y sexo. Consultorios 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Síntomas de hipertensión arterial	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	N	%
No conoce	6	14,2	9	52,9	15	25,4
Conoce	36	85,8	8	47,1	44	74,6
Total	42	100,0	17	100,0	59	100,0

En lo que respecta a los conocimientos de las complicaciones de la hipertensión arterial, los resultados que se obtuvieron en la tabla 7 demuestran que el 88,1% [52 pacientes] conocen acerca de las diferentes complicaciones que se producen en esta enfermedad, y el 11,9% [7 pacientes] tienen desconocimientos de las complicaciones.

Tabla 7: Distribución de los pacientes según el conocimiento de las complicaciones de hipertensión arterial y sexo. Consultorios 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales. Enero 2015a julio 2016.

Complicaciones de hipertensión arterial	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	N	%
No conoce	4	9,5	3	17,6	7	11,9
Conoce	38	90,5	14	82,4	52	88,1
Total	42	100,0	17	100,0	59	100,0

El ultimo componente de valoración del conocimiento sobre hipertensión arterial fue respecto al tratamiento, los resultados que se obtuvieron se pueden observar en la tabla 8 fueron que el 96,6 % [57 pacientes] conocen que el tratamiento es para toda la vida y el 2,4% [2 pacientes] no lo conocen .

Tabla 8: Distribución de los pacientes según el conocimiento del tratamiento de hipertensión arterial y sexo. Consultorios 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Tratamiento de hipertensión arterial	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	N	%
No conoce	1	2,3	1	5,8	2	3,4
Conoce	41	97,7	16	94,2	57	96,6
Total	42	100,0	17	100,0	59	100,0

Finalmente en la tabla 9 y 10, la estrategia quedaría conformada con el 81.3%[48 pacientes] si desea recibir información sobre la hipertensión arterial, y el método por el cual lo recibirían serian las charlas y la secuencia semanal que escogieron fue de una vez a la semana con el 82.2% [37 pacientes].

Tabla 9: Distribución de pacientes según componentes de la

estrategia educativa sobre hipertensión y sexo. Consultorios 5 y 15. Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Estrategia		Sexo				Total	
Técnicas a implementar	Recibir información	Femenino		Masculino		N°	%
		N°	%	N°	%		
Charlas	Si	33	78,6	15	88,2	48	81,3
	No	9	21,4	2	11,8	11	18,6
Videos	Si	8	19,0	7	41,2	15	25,4
	No	34	81,0	10	58,8	44	74,5
Talleres	Si	8	19,0	3	17,6	11	18,6
	No	34	81,0	14	82,4	48	81,3

Tabla 10: Distribución de pacientes según la frecuencia con que desean recibir la información sobre hipertensión arterial y sexo. Consultorios 5 y 15. Centro de Salud Pascuales. Enero 2015 a julio 2016.

Frecuencia semanal	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Una vez	15	88,2	34	81,0	49	83,0
Dos veces	2	11,8	8	19,0	10	16,9
Total	17	100,0	42	100,0	59	100,0

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los hipertensos son similares a las descritas en otros trabajos previos, y propia de la población que reside en la zona urbana de la parroquia pascuales los pacientes del estudio poseen un perfil de población en edad intermedia el mayor porcentaje son mujeres, casadas, amas de casa y con un nivel cultural bajo, sin existir diferencias en las características esenciales del perfil sociodemográfico de la población general, estos resultados sociodemográficos concuerda con los resultados de la investigación realizada por Artacho Pino R, et al (55), de la sociedad Andalucía de España.

Otros estudios realizados por Achury-Saldaña, Ofman S (7-26), coinciden con los resultados sociodemográficos dando importancia a la presentación de una prevalencia alta en la mujer ya que por años se ha mantenido el estigma de que la mujer ayuda al cuidado de otros y no de sí mismo, además estos resultados demuestran que la aplicación de una intervención educativa estructurada mejora el nivel de conocimiento de las pacientes de una forma diferente entre los hombres y mujeres ya que las mujeres demuestra una mejor organización en el conocimiento de la forma de alimentación, y los cambios en el estilo de vida, con controles adecuados de su hipertensión arterial y con ello el pronóstico de la enfermedad es alentador.

Las diferencias en la conformación biológica de varones y mujeres (las mujeres presentan menor riesgo de contraer ECV que los varones durante el período previo a la menopausia por causas hormonales), (26) son unas de las asociaciones que se estableció entre los roles de determinado sector de la población masculina y femenina este resultado se invierte luego y pasa hacer la mujer la que presente mas factores de riesgo que el hombre.

Otro trabajos coinciden con los del investigador en la edad de presentación de la hipertensión que fue de 52 años la media, este hallazgo se corresponde con lo planteado por la literatura y los resultado se lo relaciono con el trabajo realiza por Segarra et al y Ruiz M (54-56), que plantea que a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer hipertensión arterial y que por ende aumenta progresivamente con la edad.

Los datos obtenidos en su mayoría con respecto a los conocimientos generalas de hipertensión es que si conocían 67.8% sobre la enfermedad dato que pudiera relacionarse con el trabajo realiza por Lira M(57), donde un alto porcentajes de los encuestados tenían conocimiento 43,8% sobre su enfermedad, pero no eran suficientes para el control adecuado de su patología, estos resultados también se los compara con el consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial(3), donde la población hipertensa del Ecuador tienen conocimientos sobre su enfermedad el 41% de pacientes.

Ambos investigadores (57-3) sostiene que la educación por el personal de salud programada versus educación incidental, demostró que la satisfacción de los pacientes era significativamente mayor y se asoció a un mayor cambio de

conductas, mejor control de su enfermedad y menos rehospitalización.

aunque el paciente tiene conocimiento esto no ha llegado a ser suficiente para el control de su enfermedad, es por eso que se hace necesaria las diferentes estrategias que hagan que el paciente se relacione mas con su enfermedad, poniendo de manifiesto que no solo es la estrategia si no lo que el médico con su conocimiento le dé al paciente y las diferentes actividades que el paciente tiene que cumplir como parte de la estrategia, esta sería una estrategia adecuada para que los paciente se empoderen y tenga un mejor control de su enfermedad.

La búsqueda de la información le permite al paciente conocer y manejar su enfermedad y desempeñar un papel activo en sus conocimientos, logrando la adherencia de los conocimientos en el campo de los conceptos básicos, factores de riesgos, sintomatología, complicaciones y tratamiento farmacológico y no farmacológico de forma que el conocimiento de la hipertensión se constituya en una directriz que permite mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y la progresión de la enfermedad.

los conocimientos de los factores de riesgo que tenían los pacientes fue alta y las variables que menos conocían dentro de la encuesta fueron la edad el sexo y la alimentación como productores de hipertensión arterial estos resultados concuerda con los realizados encontrados por Segarra E, et al(54), donde el 51% de sus pacientes tenían conocimiento sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial resultados que no son adecuados para un buen control de la enfermedad.

Otros investigadores sobre los factores de riesgo como Amariles P, et al y Rogelio et al (58-59), sostiene que el conocimiento sobre los factores de riesgo, podría verse favorecido con la aportación de información práctica, precisa y confiable por los profesionales sanitarios, por lo que en general el conocimiento de los pacientes sobre los factores de riesgo se considera deficiente, el conocimiento sobre los factores de riesgo y la enfermedad cardiovascular se asocia con un mejor control de los factores de riesgo y con mejores resultados terapéuticos.

Existe un conocimiento bastante generalizado sobre el hecho de que la HTA, causa complicaciones letales, si bien las respuestas sobre el órgano afectado tiene diferentes estimaciones no concuerdan con los datos estadísticos que refieren a la enfermedad cerebrovascular como la primera causa de muerte. Así mientras que la inmensa mayoría consideran la afección cardiaca como primordial, el desconocimiento de las complicaciones resulta básico, ya que una gran mayoría desconocían a las complicaciones renales este resultado no se relaciona con el resultado obtenido por Barraza L. et al (60), donde las complicaciones oftalmológicas son las menos conocidas por los hipertensos.

Aunque los resultados del conocimiento del tratamiento de la hipertensión son altos, estos sin embargo, no son suficiente para lograr que el tratamiento farmacológico sea el adecuado para lograr el control de la HTA. los resultados

coinciden con los realizados por Lira M, Da Silva et al (57-61), estos autores afirman que los pacientes tienen un conocimiento alto sobre los tratamientos en hipertensión pero el grado de control de la presión arterial ha sido decepcionante, lo que significa no solo debe saber sobre el tratamiento si no que los resultados sean óptimos con el control de la enfermedad y eso va de la mano con el conocimiento general de hipertensión.

En cuanto a la estrategia que se adoptaría para elevar el nivel de conocimiento muchos autores como Achury-S, Sánchez V (7-62), refieren que las estrategias son uno de los elementos fundamentales de la educación para la salud, ya que es la información la vía para fortalecer la participación e implicación de hombres y mujeres en el cuidado de la propia salud.

Los elemento que se encontraron para conforma la estrategia son siete charlas que involucra el conocimiento de hipertensión en todo sus aspecto: epidemiología, concepto, causa, factores de riesgos, sintomatología, complicaciones y tratamiento, sesiones de 45 minutos, una vez a la semana, con un aspecto especial los pacientes contarán con una cartilla auto evaluativas que se entregarían antes de cada sesión.

Las estrategias educativas son parte esencial en los cambios de estilos de vida de los paciente, se hace necesario realizar la estrategia para que conozca todo los aspecto de su enfermedad no solo el tratamiento como en muchas estrategias, y dar un instrumento de auto evaluación para que el paciente sea parte de su tratamiento y que pueda hacer su propia evaluación.

Los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno afrontan el reto de la disminución de la prevalencia de enfermedades como la hipertensión mediante el desarrollo de diversas estrategias en las que el denominador común ha sido su orientación hacia una práctica clínica basada en mejorar los conocimientos de los pacientes para asegurar el mejor control de la enfermedad y sus complicaciones.

14 CONCLUSIONES

La población hipertensa que predominó fue la femenina, mayores de 40 años, perteneciente al consultorio 5 y 15 del Centro de Salud Pascuales con un nivel de educación básico, se autoidentifican como mestizo, mantiene una relación de pareja estable y su ocupación es ama de casa.

Existen deficiencias en el conocimiento sobre la enfermedad en los aspectos de conceptos, factores de riesgo, sintomatología y complicaciones que influyen en el proceso del control adecuado de la hipertensión arterial.

La estrategia educativa quedó conformada con los temas de concepto de hipertensión arterial, factores de riesgos, sintomatología, complicaciones y tratamiento, temas que se impartirán en forma de charlas una vez a la semana durante cuarenta y cinco minutos cada una.

15 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de gran importancia y valor científico, por aportar resultados importantes sobre el nivel de conocimiento de los pacientes del

centro de salud de pascuales , y la elaboración de una estrategia educativa que mejoren el control de la enfermedad.

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 hipertensos ubicados en los diferentes grupos de edades, así como la implementación a otras enfermedades crónicas.

16 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Estrada E. Ho T. Agudo J. Arias P. Capillas R. Gilbert E et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertens riesgo vasc.* 2013. Publicado por elsevier España. [citado 2015 Jul 24];30(4):127-134. Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183713000524?via=sd>
- 2.- Prado H. Rojas I. Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos la sabanita. Tesis ciudad bolívar-estado bolívar. *Agot* 2010;45. [citado 2015 Jul 18] Disponible en:
<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2244/1/47%20Tesis.%20WG9%20P896.pdf>
- 3.-López J. Molina S. Coca A. Zanchetti A. Manual práctico LASH de diagnóstico y manejo de la HTA en Latinoamérica, España: Caduceo multimedia S,L;2015[citado 2015 Jul 20].Disponible en:
<http://www.documentoslash.org>
- 4.- Rodríguez R., Castillo A. Acosta T. Conde E. Conde A. Carrazana K. Estrategia intervencionista en pacientes hipertensos de los servicios médicos del Minint. *Gaceta médica espiritana.* 2012[citado 2015 Jun 03];10(1):20. Disponible en:
<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/viewArticle/601/423>.
- 5.- García R. Rivero L. Intervención educativa en pacientes hipertensos en una área de salud. Marzo 2009 Octubre 2010. *Rev Cub de Car y Cirugía Cardiovascular.* 2012;18(3):157-161. Publicada por ECIMED. Disponible en:
<http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewArticle/10>
- 6.- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec>
- 7.- Achury D. Rodríguez S. Achury L. Padilla M. Leuro J. Martínez M et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichán.* 2013[citado 2015 Mayo 08];13(3):363-372. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300005&lng=en.
- 8.- López P. Sánchez A. Díaz M. Cobos L. Parra J. Lizcano F et al. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Méd.* 2013 Jun;21(1):113-135.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100012&lng=en.
- 9.- Galindo M. Mejía J. Ossa J. Restrepo L. Impacto de una intervención educativa sobre factores de riesgo para hipertensión arterial en grupos familiares del barrio la sultana de la ciudad de Manizales universidad de Manizales facultad de medicina centro de investigaciones artículo científico, Manizales, noviembre 2005. [citado 2015 Abr 12] Disponible en:
<http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/1466>

10.- Domínguez J. Dislipidemia y obesidad como factores asociados a la hipertensión arterial en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología y medicina interna del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) Ambato. [Trabajo de Investigación]Universidad Técnica de Ambato, en el período 01 de julio del año 2009 al 31 de enero del año 2010, Ambato –Ecuador Julio, 2011

<http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/913>

11.- OPS/OMS. La nueva situación epidemiológica de Ecuador. revista informativa. 2014;Edición7. No.32 pag 7-13.[revista en internet]. [citado 2016Nov]. Disponible,

en:
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-no-32-junio-2014-1&Itemid=599&lang=en

12.- Gamboa A. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial Acta Médica Peruana [en línea] 2006, 23 (mayo-agosto) : [Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015]. Disponible en:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96623206>>

13.- Martínez J. Bermúdez L. Cruz Z. Hipertensión arterial y auriculoterapia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 Oct 9];40(6). Disponible

en: <http://revzoiomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/57>

14.- León M. Benet M. Mass L. Willians S. González L. León A. La hiperreactividad cardiovascular como factor predictivo de la hipertensión arterial en la mujer. Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado 2016 Oct 9]; 14(3):[aprox.10p.]. Disponible

:<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3095>

15.- Veliz L Mendoza S. Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería universitaria, [revista en la Internet]. 2015, vol. 12, no 1, p. 3-11. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>

16.- Hernández M. García H. Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. RFM [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Sep 29] ; 30(2): 119-123. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000200004&lng=es

17.- Caro S. Determinantes sociales y conductuales en salud nutricional: evidencia para Chile. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Oct 26]; 42(1):23-9. Disponible, en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000100002&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000100002&lng=es)

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100002>

18.- Rosas P. Palomo S. Borrayo G. Madrid A. Almeida E. Galván H et al. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, [revista en la Internet]. 2016, vol. 54, no S1, p. 6-51. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161b.pdf>

19.- Maidana J. Ramírez A. González G. Consenso Paraguayo de Hipertensión

Arterial. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. setiembre 2016;3(2): 11-57. Disponible en:

Doi:10.18004/rvspmi/ 2312-3893/2016.03(02)11-057

20.- Narváez J. Rodríguez P. "Elaboración del plan de mejoramiento del tratamiento de pacientes hipertensos en la ESE-David Molina Muñoz de Oporapa-Huila." (2015).

21.-Sosa J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial Anales de la Facultad de Medicina [en línea] 2010, 71 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37919982006>>

22.- National High Blood Pressure Education Program. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, [citado 2015 Sep 29] 2003. Disponible en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf

23.- González R. Llapur R. Díaz M. Illa M. Yee E. Pérez D. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015 Sep [citado 2016 Oct 23] ; 87(3): 273-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003&lng=es.

24.- Rodríguez M. Varela M. Rincón H. Velasco M. Caicedo D. Méndez F et al. Prevalence and Factors Associated with Adherence to Non-pharmacological Treatment of Hypertensive and Diabetic Patients at Low Complexity Services. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2015 Aug [cited 2016 Oct 23] ; 33(2): 192-99. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06>.

25.- Álvarez C. Claros J. Efecto de un programa de entrenamiento físico sobre condición física saludable en hipertensos. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Oct 23] ; 19(2): 277-288. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200277&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.140168>.

26.- Ofman S. Girardi C. Stefani D. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género. Boletín de psicología. Revista en internet, 2013(108):91-106. Disponible en:

<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>

27.- Mora M. Estrategias Pedagógicas Utilizadas por Profesionales Vinculados al Equipo Territorial de Salud Pública de Usme para Abordar la Atención Primaria en Salud, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas, Instituto de Investigación en Educación Bogotá D.C. Colombia 2013. [citado 2015 Ene 11]; Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/10784/>

28.- Molina D. Botero S. Esparza A. Barrera C. Morales N. Holguín M et al. Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una ips de la ciudad de Manizales. MÉD.UIS. 2016;29(2):59-70. Disponible en:

<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5754>

29.- García J. Sánchez C. Jiménez M. Gutiérrez M. Estilos de Aprendizaje y Estrategias de Aprendizaje: un estudio en discentes de postgrado. *Journal of Learning Styles*, [Internet] 2012, [citado 2016 Oct 23] vol. 5, no 10. Disponible en:

<http://learningstyles.uvu.edu/index.php/jls/article/view/109>.

30.-Cabrera J. Principios constructivistas para la elaboración de una mediación pedagógica aplicada a pacientes con enfermedad cardiovascular. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, [revista en Internet] 2015, vol. 6, no 1, p. 59-75. Disponible en:

<http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/revistacalidad/article/view/798>.

31.- Teixeira L. Andragogía y gestión educativa: la construcción de una metodología direccionada a la educación de enseñanza superior. 2016. Tesis Doctoral. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10915/55102>

32.- Parra D. Manual de estrategias de enseñanza y aprendizaje. Derechos reservados para el centro nacional de aprendizaje SENA Medellín Colombia 2003. Disponible en:

<http://www.uaem.mx/sites/default/files/facultad,medicina/descargas/manual-de-estrategias-de-ense%C3%B1anza-aprendizaje.pdf>.

33.-Robert F. Krzysztof k Josep. Zanchetti A. Bohm M. Thierry C. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial, *rev esp cardiol*. 2013[citado 2015 Ene 11];66(10):842. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org>

34.-Mancia G. Fagard R. Narkiewicz K. Redón J. Zanchetti A. Böhm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (ESH) and of the european society of cardiology (ESC). *J hypertens*. 2013[citado 2015 Ene 11];31(7):1281-357. Disponible en:

www.seh-lelha.org/.../RESUMEN%20ESH%202013.p

35.-Sánchez R. Ayala M. Baglivo H. Velázquez C. Burlando G. Kohlmann O et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial, *rev chil cardiol*. 2010[citado 2015 Feb 28];29(1):117-44. Disponible en:

[http://dx.doi.org/10.4067/\(9\)S0718-85602010000100012](http://dx.doi.org/10.4067/(9)S0718-85602010000100012)

36.- Málaga G. Kanashiro A. Jiménez V. Barrionuevo P. Pacientes hospitalizados y el grado de conocimientos sobre su enfermedad, *revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2012[citado 2015 Jul 16];29(1):159-60. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323255029>

37.-Soares A. Cunha R. Freire F. Moreira S. Martini G. Nadruz W. Calidad de vida en hipertensión arterial: validez de grupos conocidos de minichal, *Arq bras cardiol*. 2015[citado 2015 Agost 12];104(4):299-07. Disponible en:

doi: 10.5935/abc.20150009

38.- Hamidreza S. Roohafza S. Rakhshani F. Sepanlou S. Sarrafzadegan N. El desarrollo de un modelo apropiado para el autocuidado de los pacientes hipertensos: primera experiencia de emro, *arya atheroscler*. 2013[citado 2015 Agost 28];9(4):232-40. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25815021>

39.- Estrada D. Pujol E. Jiménez L. Salamero M. De la Sierra A. Efectividad de

- una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Revista española de geriatría y gerontología*. (2012) [citado 2015 Agost 12];47(2):62-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es> el 19/05/2015.
- 40.- Beigi M. Zibaenezhad M. Aghasadeghi K. Jokar A. Shekarforoush S. Khazraei H. The effect of educational programs on hypertension management. *International cardiovascular research journal*. (2014) [citado 2015 Jul 18];8(3):94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25177671>
- 41.- Weschenfelder M. Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería global*. (2012) [citado 2015 Jun 28];11(26):344-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>
- 42.- Kotseva K. Wood D. De Bacquer. De Backer G. Ryden L. Jennings C et al. Euroaspire IV: A European society of cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *The European society of cardiology 2015*. [citado 2015 Sep 08] Disponible en: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/eorp/prevention-registries/Pages/euroaspire-iv.aspx>
- 43.- Organización mundial de la salud, Información general sobre la hipertensión arterial, Número de documento: WHO/DCO/WHD/2013.2. [citado 2015 Sep 01] Disponible en: www.who.int/.../WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf.
- 44.- Pardo M. Izquierdo R. Sánchez G. Blanco O. García A. Álvarez Y. Primera etapa de una Estrategia Educativa en adolescentes del sexo femenino con riesgo de hipertensión arterial. *Rev Cubana Méd Gen Integr* [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2015 Sep 08];31(1):85-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100012&lng=es.
- 45.- Achiong F. Morales J. Acebo F. González Y. Abreu E. Vega O. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2013. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jul 20];Marz-Abr;36(2):Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema06.htm>
- 46.- Achiong F. Olano M. Fong E. Alfonso J. Achiong M. Achiong F. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas en el año 2010. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Sep 07]; 49(3):373-383. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300006&lng=es
- 47.- Galindo M. Mejía J. Ossa J. Restrepo L et al. Impacto de una intervención educativa sobre factores de riesgo para hipertensión arterial en grupos familiares del barrio la sultana de la ciudad de Manizales universidad de Manizales facultad de medicina centro de investigaciones artículo científico, Manizales, noviembre 2005. [citado 2015 Abr 12] Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/1466>

- 48.-Saldaña A. Rodríguez D. Beltrán A. Padilla L. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Aquichán. ;13(3):363-372. [citado 2015 Abr 12] Disponible en:
file:///C:/Users/UsuarioElite/Downloads/estrategia%20colombia%202.pdf
- 49.- López J. Sánchez R. Díaz R. Cobos L. Bryce A. Parra Carrillo J et al. Consenso Latinoamericano de Hipertensión en pacientes con Diabetes tipo 2 y Síndrome Metabólico. An venez nutr. 2013[citado 2015 Mayo 08];26(1):40-61. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-
- 50.- Marin M. Fábregues G. Rodríguez P. Díaz M. Páez O. Alfie J. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio Renata, Revista Argentina de Cardiología. 2012;80(2): 121-129. [citado 2015 Mar 08] Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000200005
- 51.-Cabezas J. Prevalencia de los factores de riesgo para Enfermedades crónicas no transmisibles en historias Clínicas (octubre 2012) del personal docente, administrativo y de apoyo de la unidad educativa articular la Salle de la Ciudad de Quito (tesis), Quito, marzo del 2014. [citado 2014 Nov 08] Disponible en:
<http://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/456>.
- 52.- Panchano M. Valoración de una intervención de educación sanitaria en personas con enfermedades crónicas degenerativas en los sectores que delimitan al Centro de Salud “San Vicente de Paul. (TESIS) Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas. Esmeraldas, 2015. [citado 2015 jul 08] Disponible en:
<http://repositorio.pucese.edu.ec/123456789/398>
- 53.-Álvarez M. Morales I. Morales E. Vega B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del policlínico previsor. Humanidades médicas. 2011 [citado 2015 Feb. 05];11(3):433-52. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-
- 54.- Segarra E. Encalada T. García A. Manejo de la hipertensión arterial desde los servicios de atención primaria. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Maskana. 2011 [citado 2015 Jun 18];2(2). Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5420/1/MASKANA%20si7285%20%285%29.pdf>.
- 55.- Artacho P. Prados J. Barnestein P. Aguiar C. García A. Leiva F et al. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial.¿ Ha cambiado con el paso del tiempo. Med Fam Andal, (2012). 13, 95-106. [citado-5 febrero-2015] Disponible en:
<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v13n2.pdf#page=10>
- 56.- Ruiz M. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Rev Diagnostico.[Internet]. Octubre - Diciembre 2015, vol. 54, p. 4.Disponible en:
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n4/a3.pdf>
- 57.- Lira M. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. Revista Médica Clínica Las Condes.[citado 16-julio-2015] 2015,

- vol. 26, N° 2, p. 156-163. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
- 58.- Amariles P. Fiabilidad y validez externa de un cuestionario de conocimiento sobre riesgo y enfermedad cardiovascular en pacientes que acuden a farmacias comunitarias de España. *Aten Primaria*. 2016.[citado 17-octubre 2015]
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.005>.
- 59.- Rogelio S. Menéndez J. Rodríguez L. Pérez M. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre factores de riesgo asociados a enfermedad cerebrovascular. *Intecnosalud* 2016. [citado 21-septiembre-2015]Disponible en:
<http://tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/view/130/>
- 60.- Barraza L. Sarmiento C. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2014, vol. 62, no 3, p. 410-419. [citado 18-marzo 2015]Disponible en:
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43370>
- 61.- Da Silva B. Oliveira R. Silva M. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia , Facultad de Filosofía Ciencias y Letras de Mandaguari, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mayo-jun. 2014;22(3):491-8. [citado 20-agosto-2015]Disponible en:
DOI: 10.1590/0104-1169.3447.2442
- 62.- Sánchez V. Evaluación de tres intervenciones educativas colectivas para transmitir conocimientos nutricionales. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2016 Jun [citado 2016 Jul 17];35(2):127-35. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000200003&lng=es
- 63.-Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. La nueva situación epidemiológica del Ecuador.[citado diciembre 2015] *Revista informativa*. Edición N° 32, junio 2014. Disponible en:
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-no-32-junio-2014-1&Itemid=599
- 64.- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC) -Encuesta Nacional Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones de la República del Ecuador, correspondiente al año 2014. [citado 17 marzo 2015] Disponible en:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web_inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo: Propuesta de una estrategia educativa para modificar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos de 20 a 64 años de edad del Centro de Salud Pascuales 2015-2016.

Investigador: Fredy Bajaña Vargas

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Desarrollar una estrategia educativa sobre los conocimientos de la hipertensión arterial en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos del Centro de Salud Pascuales en el periodo 2015-2016. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla el investigador y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Autorización del paciente hipertenso para participar en la investigación

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

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

N° CI:

Anexo 2

CUESTIONARIO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Fecha de llenado: _____ Número de Consultorio: ____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono: -----

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad del paciente: _____ años

Escolaridad:

1	Ninguna	
2	Básica	
3	Bachiller	
4	Superior	
5	Especialidad	

Ocupación:

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

Estado civil:

1	Soltero	
2	Unión Libre	
3	Casado	
4	Separado o Divorciado	
5	Viuda (o)	

Autoidentificación étnica

1	Indígena	
2	Afroecuatoriana	
3	Negra	
4	Mulata	
5	Montubia	
6	Mestiza	
7	Blanca	
8	Otras	

Anexo 3

Cuestionario sobre hipertensión arterial en dos consultorios médicos, Centro de Salud Pascuales 2015-2016.

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

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

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

8.-¿Cuál de la siguientes posiciones es más utilizada para la toma de la presión arterial?

A	De pie	
B	Acostado	
C	Sentado	

9.-¿Conoce los valores de su presión arterial?

A	Si	
B	No	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN

11.-¿Identifique algunos factores de riesgo que pueden provocar hipertensión arterial?

A	No hacer ejercicio	
B	Fumar	
C	Obesidad	
D	Sexo	
E	Edad	
F	Tener diabetes	
G	Comer pocas frutas	
H	Comer mucha sal	

12.-¿Conoce si la obesidad es el factor casual más importante en casos de Hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

13.-¿Sabe o tiene conocimiento de que la diabetes es un factor de riesgo asociado a la Hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

FACTORES DE RIESGO

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

SIGNOS Y SÍNTOMAS

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

19.-¿ Ha sufrido dolores de cabeza relacionados con la presión alta?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

COMPLICACIONES,DE HIPERTENSIÓN

20.-¿La presión alta puede provocar problemas cardiacos?.

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

22.-¿La presión arterial puede provocar problemas l renales?.

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

24.-¿Una persona con hipertensión arterial más diabetes ¿tiene mayor riesgo de complicaciones?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

TRATAMIENTO

25.-¿Sabe si se puede controlar con medicación la Hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

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

A	Si	
B	No	
C	No sé	

28.-¿cuando la presión arterial se normaliza se puede dejar el tratamiento?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

29.-¿Mencione cuáles son los medicamentos que usted toma para controlar su presión arterial?

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

A	Si	
B	No	

31.-¿Si su respuesta anterior es Si. Mediante que técnicas le gustaría recibir esta información?

A	Charlas	
B	Videos	
C	Talleres	

32.-¿Cuántas veces a la semana estaría dispuesto a recibir estas capacitaciones sobre presión arterial?

A	Una vez	
B	Dos veces	
C	Tres veces	
D	Cuatro	

Anexo 4

Estrategia educativa

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene por objeto la promoción de la salud, siendo el profesional de salud el principal mediador para que esto ocurra. Al desarrollar actividades de educación, las enfermeras, los médicos, nutricionistas y otros profesionales pueden aumentar la eficacia de la atención de salud a través de las numerosas oportunidades que tienen mientras tratan a los pacientes.

Los profesionales de la salud a través de la comunicación que logran establecer con los receptores, pacientes, familias o comunidades, pueden equiparlas con los hechos, ideas y actitudes que necesitan para adoptar decisiones informadas sobre su propia salud. En la medida que se logra una comunicación efectiva el mensaje transmitido no sólo es escuchado, sino que también comprendido y creído para iniciar un cambio.(1)

Los beneficios de un cambio en el estilo de vida y en un buen control de las cifras de presión, que en definitiva incidirán en una mayor cantidad y mejor calidad de vida hace necesario que la persona hipertensa tenga el máximo de conocimiento sobre su enfermedad.(2)

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

La dificultad que presenta el paciente hipertenso, es que su educación basados en estrategias respecto a su enfermedad debe ser lo más completa posible, abarcando distintos aspectos de su enfermedad. En términos generales la información brindada debe orientarse hacia aspectos positivos y no hacia el temor, ya que este último frecuentemente genera rechazo o negación de la enfermedad. Paralelamente se recomienda una visión amplia orientada hacia la prevención cardiovascular tanto del paciente como de su familia.(3)

El control de la presión arterial (PA) y la prevención de la hipertensión arterial (HTA), es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa que existe para la disminución de las complicaciones cardiovasculares. Por lo tanto la importancia de ejecutar estrategias poblacionales con medidas de promoción y educación, dirigidas a la disminución de la presión arterial media en la población

es fundamental.(4)

Según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el perfeccionamiento de la prevención y control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, por lo que debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.(12)

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

Cuando los conocimientos y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se han observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las complicaciones. Además, las estrategias educativas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias.

Es así que por medio de este documento se propone la utilización de una estrategia que se acomoden a las condiciones específicas de aprendizaje de la comunidad adulta hipertensa, la cual como es el caso de la población del Centro de Salud de Pascuales no cuentan con la educación escolar suficiente para lograr entender el porqué de su situación de salud.

Aquí se propone el uso de herramientas visuales y de carácter personal, que sirva de material de consulta de fácil acceso, como lo son las cartillas informativas acerca de las principales causa, factores de riesgos, complicaciones y tratamiento adecuado que lleva el paciente con hipertensión arterial. Se propone en su contenido temas puntuales como: Descripción de la enfermedad (¿Qué es?), Causas, Factores de Riesgo, Síntomas, Diagnóstico, Complicaciones, Tratamiento y Recomendaciones especiales.

En general, toda estrategia de educación es o debe ser social. Ya que, aunque hablemos de educación del individuo e, incluso, individualizada, esta no deja de tener lugar en la familia, en la escuela, en la comunidad y, en cierto grado, para la sociedad en la que el individuo vive. No se puede hablar de auténtica educación individual si a la vez no se forma al individuo para vivir y convivir con los demás. La educación supone una progresiva y continua configuración de la persona en el contexto de su enfermedad para ser y convivir con ella y los demás.

EL PROBLEMA

Justificación

Esta estrategia se ha revelado necesaria y útil debido a que la Hipertensión:

- Se considera una epidemia que afecta al 40% de los adultos en los países desarrollados, en la Región de las Américas, con un 35% y en Ecuador ese porcentaje baja al 28 % de los adultos. Sin embargo en mayores de 65 años, nos encontramos con un porcentaje mayor de hipertenso.(5)
- Predispone a sufrir enfermedades cardiovasculares.
- Cronicidad la hipertensión no se cura, por eso un buen conocimiento de la enfermedad y adherencia a su tratamiento es fundamental para el control de las cifras de tensión, un pronóstico favorable de la enfermedad y calidad de vida.
- Gravedad (el asesino silencioso). Según la OMS, es el factor de riesgo que más muertes causa en el mundo.
- Asintomática: en muchas ocasiones es detectada por casualidad, puede provocar graves daños orgánicos irreversibles antes de ser diagnosticada. Por eso es fundamental la prevención primaria para detectar y tratar aumentos de la tensión arterial en estadios iniciales.
- Muy poca investigación al respecto: sabemos que los conocimientos y la adherencia al tratamiento supone un reto diario para los profesionales de la salud, pero ¿cómo afrontarlo? ¿qué modelos o estrategias existen para abordar este problema?
- Escaso conocimiento en los aspectos de concepto de hipertensión arterial, factores de riesgo, sintomatología y complicaciones 32.2% no conoce acerca de su enfermedad.

Misión

La estrategia tiene como misión ayudar a los pacientes a mejorar sus conocimientos y técnicas sobre salud, mediante las experiencias, contenidos formativos y programas que faciliten la adquisición de competencias dirigidas a fomentar la corresponsabilidad de la ciudadanía en el autocuidado de la salud y en la gestión de la enfermedad.

Visión

Ser un espacio de referencia para el desarrollo de iniciativas que compartan los objetivos de la enseñanza, con el fin de facilitar el empoderamiento de la ciudadanía.

A quién va dirigido

Esta estrategia va dirigida a toda persona de edad comprendida entre 20-64 años, diagnosticada de hipertensión (HTA) o, que lleve un tratamiento farmacológico en el Centro de Salud Pascuales.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general:

Elevar el conocimiento sobre la hipertensión arterial elaborando una estrategia educativo en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos familiar, del Centro de Salud Pascuales.

Objetivos específicos:

Conocer sobre la prevalencia y la definición de la hipertensión arterial, en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos familiar, del Centro de Salud Pascuales.

Conocer sobre los síntomas y los factores de riesgo de la hipertensión arterial, en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos familiar, del Centro de Salud Pascuales.

Conocer sobre las complicaciones de la hipertensión arterial, en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos familiar, del Centro de Salud Pascuales.

Conocer sobre la importancia del tratamiento farmacológico, en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos familiar, del Centro de Salud Pascuales.

PLAN DE TRABAJO

PRIMERA FASE:

Diseño de documentaciones y captación de pacientes

Diseño de documentaciones

1. Hoja de registro de datos (anexo 1).

Se elaboró una hoja de recogida de datos con las variables más importantes a registrar de cada uno de los participantes al inicio de cada una de las clases . Las diferentes variables registradas serán:

o Variables de identificación:

- Nombre
- Apellidos

- Teléfono
- Número de Historia Clínica (HC o N° de cedula)
- o Factores sociodemográficos:
 - Sexo
 - Edad
- o TA tomada en la consulta:
 - Tensión Arterial Sistólica en sedestación
 - Tensión Arterial Sistólica en bipedestación
 - Tensión Arterial Diastólica en sedestación
 - Tensión Arterial Diastólica en bipedestación
- o Medidas antropométricas tomadas en la consulta:
 - Talla
 - Peso
 - Índice de masa corporal
 - Perímetro de cintura
- o Factores relacionados con el tratamiento:
 - Número de fármacos antihipertensivos
 - Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (si/no) según valoración de su médico

Observaciones

2. Cuestionario de conocimiento de hipertensión arterial, inicial/final (anexo 2)

3. Autorregistro (anexo 3)

4. Tríptico (anexo 4)

Las indicaciones que se le dan al paciente: Deben ser anotadas diariamente por el paciente si desarrolla o no las actividades indicadas, y cuánto tiempo les dedica, si procede. Señalamos al paciente la importancia de dedicar todos los días unos minutos a esta actividad. Pretendemos destacar y hacer evidente a los pacientes que su

enfermedad está presente todos los días y por eso serán necesarios ciertos cuidados y rutinas diarias.

El autorregistro puede funcionar como balance al final del día o una autocrítica respecto a los cuidados de la enfermedad. Lo fundamental es que ese análisis parte del propio sujeto, y requiere una elaboración y verbalización por parte del mismo, de esta manera nos acercamos a unos de los pilares fundamentales que es el conocimiento y adherencia al tratamiento en la enfermedad crónica: conseguir que el paciente asuma ese papel de crónico y actúe en consecuencia.

Las preguntas que contiene son las siguientes:

En cuanto a la dieta, le preguntamos si ha respetado la cantidad de sal recomendada por su médico en ese día. El formato de respuesta es SÍ / NO, el paciente rodea las opción que corresponda.

En cuanto al ejercicio físico, por un lado nos interesa saber cuánto ha dedicado a caminar a ritmo moderado, y a otras actividades físicas. Caminar durante al menos 30 minutos cada día, está indicado para todo tipo de pacientes con adecuada movilidad, en otras actividades físicas nos referimos a otro tipo de ejercicios pautados (aerobic, bicicleta, bailes, etc.) y la actividad diaria que requiere ejercicio físico, como puede ser limpiar la casa, cuidar de niños o familiares enfermos, etc.

Por último, se pregunta a los pacientes si han dedicado algunos minutos a practicar los ejercicios de relajación y respiración que les enseñamos en la sesión presencial. Las técnicas de relajación se han mostrado útiles como método de control indirecto de la Tensión Arterial, ya que producen un estado de desactivación general en el organismo que puede ayudar a reducir los valores de TA, y además induce un estado de bienestar general en la persona, entre otros muchos beneficios.

4. Captación de pacientes

- Los pacientes se captaran a medida que acudan a su cita programada en la consulta externa de los centros médicos de atención primaria participantes.
- Tras la valoración clínica del paciente citado, el facultativo remitió a la enfermera de Medicina Preventiva aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión.
- La enfermera de Medicina Preventiva complementó la hoja de registro de datos con los datos de la Historia Clínica, después administró al paciente el cuestionario de el nivel de conocimiento inicial.

SEGUNDA FASE

Primera Intervención:

Común para el grupo de pacientes participantes, se desarrollara en la consulta externa de las unidades que acojan la estrategia como diseño para mejorar el conocimiento de hipertensión arterial.

Guayaquil. Fechas: 2017.

Tareas:

1. Complementar la hoja de registro de datos, con los datos recogidos de la Historia Clínica.
2. Efectuar el cuestionario de conocimiento de hipertensión arterial.
3. Citar al paciente, en la agenda especificada para ello, para la segunda intervención .
4. Comprobar que el paciente tiene cita para su seguimiento en la consulta clínica.

Se diseñaran varias clase con presentaciones en formato PowerPoint, encaminado a elevar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos sobre la HTA, factores de riesgos que influyen, complicaciones , estilos de vida saludables y tratamiento. Además de la enseñanza de la automedida (AMPA) de su tensión arterial y control de su peso mediante la utilización del índice de masa corporal (IMC). Las clases serán elaborados por el personal de salud que ejecute la estrategia, los mismos que serán impartidos por los médicos o enfermeras de las diferentes unidad o centro de salud del Ministerio de Salud Publica que atiendan a pacientes con hipertensión arterial.

ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Se recomienda realizar siete sesiones teórico-prácticas, de 45 minutos de duración, con periodicidad semanal y la participación de acuerdo a los hipertensos captados .

Las sesiones serán guiada por un médico de familia en colaboración con una Técnico en Atención Primaria de Salud (TAPS) o enfermera asignada.

Presentación de las sesiones.

Epidemiología y Definición de la HTA.

Clasificación y sintomatología HTA.

Factores de riesgos en la HTA. (IMC)

Índice de masa corporal. (IMC)

Complicaciones HTA.

Tratamiento HTA.

Presentación de las sesiones

Se inicia la estrategia educativa con la presentación del médico de familia que ejercerá esta educación grupal, sus colaboradores y de los usuarios que participan en ella, creando un entorno de confianza que facilite la participación. Se explica la intención de que las clases sean dinámicas y bidireccional, animando a participar y explicando que toda la información proporcionada es confidencial.

Se comienza preguntando por las expectativas individuales que tienen respecto a la estrategia. A continuación, se refuerza la información que, previamente, sus médicos de referencia les han proporcionado, como por ejemplo los objetivos de la actividad grupal que se va a iniciar. Se explica el número de sesiones totales, el lugar, la hora y el compromiso de respetar la puntualidad del horario de las sesiones.

Entrega de trípticos informativos creados especialmente para el programa de intervención (Educación del paciente).

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsable	Técnica
1. Conocer y cohesionar al grupo. 2.- Comprender que es la H.T.A.	1.Técnica de presentación. 2.Explicación de los objetivos del curso de acuerdo a las expectativas. 3.Explicación sobre la HTA.	1. sesión	45 minutos	Power point Pizarra Marcadores	Medico Enfermera Taps	Charla

Epidemiología y definición de la hipertensión arterial

La HTA es una enfermedad crónica, caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea de las arterias. Se define como la elevación de las cifras de la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg, la presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, o ambas .(6)

La presión arterial (PA) se ha de medir dos veces en cada visita en 3 días diferentes y se ha de calcular la media de cada visita. Para poder diagnosticar una HTA, las cifras medias han de ser elevadas en cada una de las visitas .

Con el fin de facilitar la comprensión del tema, se realiza una breve introducción de la anatomía cardíaca, explicando la frecuencia cardíaca y las resistencias vasculares, de forma afable y comprensible y con diapositivas del corazón.

la hipertensión está teniendo mayor impacto en poblaciones de ingresos socioeconómicos bajo, algunos incluso han observado que las personas de este grupo muestran cifras de tensión arterial diastólica aproximadamente 10mmHg mayor que las de un nivel socioeconómico alto. El aspecto que más marca la diferencia entre los ricos y los pobres es la dificultad de acceder a un abordaje adecuado de esta enfermedad. También la baja escolaridad está asociada a las mayores tasas de enfermedades crónicas no transmisibles

La hipertensión arterial (HTA), conocida también como tensión arterial alta, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Es considerada por la OMS como el “asesino silencioso” por su carácter asintomático.(7)

Existen dos presiones distintas, la sistólica es la que se produce cuando el corazón bombea la sangre y la diastólica cuando el corazón se relaja, son conocidas popularmente como la alta y la baja respectivamente.

Para considerar a una persona como hipertensa, no vale con realizar una sola medida que sea superior a 140/90mmHg, para justificar el diagnóstico es necesario que tenga al menos tres tomas de tensión arterial por encima del rango normal (140/90mmHg), cada toma realizada en un intervalo semanal.

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsable	Técnica
Definir la epidemiología y concepto de HTA. .	Epidemiología y definición de la HTA	2. sesión	45 minutos	Power point Pizarra Marcadores	Medico Enfermera Taps	Charla

Síntomas de la crisis de hipertensión y su clasificación

La hipertensión rara vez produce síntomas en las primeras etapas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican, a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo. **¡Error! Marcador no definido.**

La mayoría de los hipertensos no tienen síntomas. Está muy difundida la idea incorrecta de que las personas con hipertensión siempre tienen síntomas, pero la realidad es que la mayoría no los tiene..

Dolor de cabeza

La mejor evidencia indica que la presión arterial alta no causa dolores de cabeza, excepto en el caso de crisis hipertensiva (sistólica más alta que 180 o diastólica superior a 110). Muy al contrario, las personas con presión arterial alta parecen tener significativamente menos dolores de cabeza que la población general.

Sangrado nasal

Excepto en las crisis hipertensivas, la hemorragia nasal no es un indicador de la hipertensión arterial. Tenga en cuenta que las hemorragias nasales pueden ser causadas por una variedad de factores, siendo el más común el aire seco.

El revestimiento de la nariz contiene muchos vasos sanguíneos diminutos que pueden sangrar fácilmente.

En un clima caliente o con aire interior climatizado, las membranas nasales se pueden secar y hacer la nariz más susceptibles a las hemorragias.

Manchas de sangre en los ojos

Las manchas de sangre en los ojos, o hemorragia subconjuntival, son más comunes en personas con diabetes o presión arterial alta, pero ninguna de estas condiciones causan las manchas de sangre.

Sensación de mareo

A pesar de que no es causado por la hipertensión arterial, el mareo puede ser un efecto secundario de algunos medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial.

Mareos repentinos, pérdida de equilibrio o coordinación y problemas para caminar son todos signos de un accidente cerebrovascular y la hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para este tipo de lesión.

Clasificación

Se utiliza la misma clasificación para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos.

Clasificación según los niveles de presión arterial

Definición de Hipertensión arterial En la Guía Europea ESH/ESC de 2013.(8)

Categoría	Presión Arterial	
	Sistólica(mmHg)	Diastólica (mmHg)
Óptima	Menor 120	Y Menor 80
Normal	120-129	y/o 80-84
Normal alta	130-139	y/o 85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o 90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o 100-109
Hipertensión Grado 3	Mayor o igual 180	y/o Mayor o igual 110
Hipertensión Sistólica aislada	Mayor o igual a140	y Menor 90

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsable	Técnica
Conocer los síntomas de la crisis de hipertensión y su clasificación	Clasificación y sintomatología de la HTA.	3. sesión	45 minutos	Power point Pizarra Marcadores	Medico Enfermera Taps	Charla

Factores de riesgo de hipertensión arterial

Dentro de los factores de riesgo existen dos tipos, los no modificables que son características biológicas, es decir aquellas que no se pueden cambiar como son los antecedentes familiares, el sexo o la raza y por otro lado están los modificables, como son el peso, la actividad física, la alimentación, la ingesta de alcohol, consumo de tabaco o el sodio, los factores de riesgo modificables de mayor

importancia en la hipertensión son la alimentación y la actividad física.

La alimentación a grandes rasgos se debe basar en tomar gran cantidad de frutas y hortalizas frescas, evitar los alimentos procesados o preparados y eludir el salero en la mesa y en la cocina

Cualquier persona puede tener presión arterial alta. Sin embargo, la edad, la raza o el origen étnico, el exceso de peso, el sexo, los hábitos en el estilo de vida y los antecedentes familiares de presión arterial alta son todos factores que pueden aumentar su riesgo tener esta enfermedad.

Edad

La presión arterial tiende a aumentar con la edad. La prevalencia de la población ecuatoriana es del 28 % y las personas de 20 a 64 años o mayores tienen presión arterial alta. Sin embargo, el riesgo de prehipertensión y de presión arterial alta está aumentando para los niños y los adolescentes, posiblemente debido al mayor número de niños y adolescentes con sobrepeso.

Raza o grupo étnico

La presión arterial alta es más común entre los adultos afroamericanos que entre los adultos blancos o los hispanos. Comparados con estos grupos étnicos, los afroamericanos:

Tienden a tener presión arterial alta a una edad más joven.

En promedio, suelen tener valores más altos de presión arterial.

Tienen menos probabilidad de lograr los objetivos de presión arterial deseada con el tratamiento.

Sobrepeso

Usted tiene más probabilidad de tener prehipertensión o presión arterial alta si tiene sobrepeso o es obeso. Los términos "sobrepeso" y "obesidad" se usan para referirse a un peso corporal que es mayor de lo que se considera saludable para una estatura determinada, se profundizara en una sesión aparte.

Sexo

Antes de los 55 años de edad, los hombres tienen más probabilidad de tener presión arterial alta que las mujeres. Después de los 55 años de edad, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de tener presión arterial alta.

Hábitos en el estilo de vida

Los hábitos poco saludables en el estilo de vida pueden incrementar su riesgo de tener presión arterial alta. Éstos incluyen:

Consumir demasiado sodio o muy poco potasio

Falta de actividad física

Tomar demasiado alcohol

Estrés

Antecedentes familiares

Tener antecedentes familiares de presión arterial alta aumenta el riesgo de prehipertensión o presión arterial alta. Algunas personas tienen una alta sensibilidad al sodio y a la sal, lo que puede incrementar su riesgo de tener presión arterial alta. Esta sensibilidad puede ser hereditaria. Las causas genéticas son la razón por la cual los antecedentes familiares son un factor de riesgo para la presión arterial alta.(9)

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsable	Técnica
Identificar los diferentes factores de riesgos de hipertensión arterial	Factores de riesgo de la HTA	4. sesión	45 minutos	Power point Pizarra Marcadores	Medico Enfermera Taps	Charla

Índice de masa corporal

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

sobrepeso: IMC igual o superior a 25.

obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnica
La importancia de la alimentación en la hipertensión El índice de masa corporal IMC, sobrepeso y obesidad. Principales modificaciones dietéticas	IMC: importancia de la alimentación en el control de la hipertensión arterial.	5. sesión	45 minutos	Power point, Pesa, cinta métrica, marcadores, pizarra,	Medico Enfermera Taps	Charla

Complicaciones de hipertensión de arterial

Arteriosclerosis

Complicaciones cardiacas

Complicaciones cerebrales

Complicaciones renales

Complicaciones oculares

Arteriosclerosis

Cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenido, responden engrosándose, lo que los hace menos flexibles.

En estas arterias endurecidas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre. A nivel de las arterias de los riñones, la arteriosclerosis hace que llegue menos flujo al riñón, y los riñones responden liberando renina, una hormona que a su vez causa un aumento de la TA. Esto exagera la HTA y causa

aún más daño sobre los vasos sanguíneos.(10)

Cardiopatía hipertensiva

Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo cardíaco o miocardio (los llamados vasos coronarios), el corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos lo hace aumentando de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco, haciéndose más rígido y menos eficaz. El resultado final puede ser la insuficiencia cardíaca congestiva: El corazón se queda atrás en el bombeo de lo que la sangre circulante necesita, y los líquidos se estancan en todo el organismo.(10)

Enfermedad renal

La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estos filtran los productos de desecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados. También controlan el balance de ácidos, sales, y agua.

Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la HTA y de sus complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo decrece, así que el flujo bajo hace que secreten más del enzima renina, que hace que se constriñan todas las arterias del cuerpo, subiendo la TA en un intento de restaurar este flujo renal. Sin embargo, en última instancia, lo que se produce es un círculo vicioso que termina en más HTA y peor función renal, hasta llegar al fallo renal.(10)

Accidente vascular cerebral

Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos, y el riesgo disminuye al tratar la HTA.(10)

Complicaciones oculares

Las alteraciones vasculares están confinadas al polo posterior del ojo, (retina, parte visible del nervio óptico, y coroides). En el segmento anterior del ojo algunas manifestaciones conjuntivales han sido descritas, pero el cuadro importante y trascendente es lo que se denomina retinopatía hipertensiva tema.

La Organización Mundial de la Salud en sus recomendaciones subdivide la retinopatía hipertensiva en 4 grupos sobre la base de cambios en los vasos retinales, estrechamiento arterial, irregularidades del calibre de los vasos y compresión venosa en los cruces arteriales y sobre la presencia o ausencia de exudados retinales, hemorragias y Papiledema. La graduación resultante no difiere mayormente de la clasificación de Keith, Wagener, Barker.(10)

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsables	Técnica
Identificar las diferentes complicaciones, de la hipertensión arterial.	Complicaciones, de la HTA.	6. sesión	45 minutos	Power point Pizarra Marcadores	Medico Enfermera Taps	Charla

Tratamiento

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas del tratamiento no farmacológico, en alimentación sana y actividad física, así como manejo con medicamento (farmacológico).

La principal meta del tratamiento consiste en lograr una presión arterial menor de 140/90 mm de Hg; en el caso de las personas con diabetes la meta consiste en mantener una presión arterial menor de 130/85 mm de hg. Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener el colesterol (sustancia blanda y grasosa que se encuentra en los tejidos corporales) por debajo de 200 mg/dl, mantener un peso adecuado, no fumar (éste hábito es uno

de los principales factores que predisponen un ataque cardíaco) y evitar el consumo de alcohol.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento “farmacológico” deberá ser individualizado y de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, otras enfermedades que padezca la persona y el costo económico.

La administración de medicamentos sólo puede ser autorizada por su médico y deberá sólo utilizar las dosis indicadas.(11)

Tratamiento no farmacológico

En la hipertensión arterial, el manejo inicial del paciente será de carácter “no farmacológico” durante los primeros doce y seis meses respectivamente. Este

manejo incluye: alimentación saludable, reducción de la ingesta de sal, control de peso, control de los niveles de colesterol, disminución de la ingesta de alcohol, evitar o dejar el hábito de fumar y realizar una actividad física constante.

Objetivos	Actividades	Día	Tiempo	Materiales	Responsable	Técnica
Orientar acerca de la prevención y tratamiento de la hipertensión.	Tratamiento de la HTA.	7. sesión	45 minutos		Medico Enfermera Taps	Charla

BIBLIOGRAFIA

1.- Guerra G. Díaz M. Vidal A. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermer [Internet].

- 2010 Jun [citado 2016 Ago 14] ; 26(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192010000200007&lng=es.
- 2.- Reventos D. Elaboración de un programa educativo grupal dirigido a las personas hipertensas y familiares. *Enfermería Docente*, Internet]2014[citado 2016, julio 24], vol. 1, no 102, p. 2- 5. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/9>
- 3.- Villamil A. ¿ Cómo educar a mi paciente hipertenso?¿ Qué debe saber?. *Rev Fed Arg Cardiol*, 2006, vol. 310, p. 1-13. <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c310/villamil.PDF>
- 4.- García R, Rodríguez S, Díaz P, Balcindes A, Londoño A, Van der Stuyft. Intervención cognitivo-conductual en ancianos hipertensos. *Rev. Finlay* [Internet]. 2016 Mar [citado 2016 Sep 26] ; 6(1): 41-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100006&lng=es
- 5.- López J. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Acta Med Colomb*, 2013, vol. 38, no 3, p. 154-172. Disponible en:
- 6.- Organización mundial de la salud, Información general sobre la hipertensión arterial, Número de documento: WHO/DCO/WHO/2013.2. [citado 2016 Sep 01] Disponible en: www.who.int/.../WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf.
- 7.- Bravo R. Caracterización del paciente hipertenso en el Centro de Salud de la Parroquia El Valle Durante el Período 2010 – 2014, Cuenca. [citado 2016 may 03] *Rev Med HJCA* 2016; 8(1): 14-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.02>
- 8.- Comité de Guías de Practica Clínica, Sociedad Española de Cardiología, Madrid; Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, 14004 Córdoba, España. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66(11):842-847. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.003>
- 9.- Deborah, S. Pereyra, C. Cófreces P. Stefani, D. Creencias sobre las causas de la hipertensión arterial: influencia en las estrategias de afrontamiento y el estilo de vida. . [citado 2016 Sep 01] *Rev. CES Psicol.* (2016). 9(2),114-127. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.8>
- 10.- Rosas P. Borrayo G. Madrid A. Ramírez E. Pérez G. Complicaciones cardiovasculares de la crisis hipertensiva. [citado 2016 junio 01] *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2016. 54(S1), 67-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161d.pdf>
- 11.- Arévalo M, López M, López D, Martínez F. Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. [citado 2016 julio 16] *Rev Med HJCA* 2016; 8(1): 8-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.01>.
- 12.- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª

Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec>

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Fecha de llenado: _____ Número de Consultorio: _____
Nombre del paciente: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad del paciente: _____ años

Escolaridad:

1	Ninguna
2	Básica
3	Bachiller
4	Superior
5	Especialidad

Ocupación:

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

Estado civil:

1	Soltero
2	Unión Libre
3	Casado
4	Separado o Divorciado
5	Viuda (o)

Autoidentificación étnica

1	Indígena
2	Afroecuatoriana
3	Negra
4	Mulata
5	Montubia
6	Mestiza
7	Blanca
8	Otras

ANEXO 2

Cuestionario sobre hipertensión arterial en dos consultorios médicos, Centro de Salud Pascuales 2015-2016.

Hipertensión

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

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

A	Si
B	No
C	No sé

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

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

¿Cuál de la siguientes posiciones es más utilizada para la toma de la presión arterial?

A	De pie
B	Acostado
C	Sentado

¿Conoce los valores de su presión arterial?

A	Si
B	No

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

A	Si
B	No
C	No sé

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN

Identifique algunos factores de riesgo que pueden provocar hipertensión arterial.

A	No hacer ejercicio
---	--------------------

B	Fumar
C	Obesidad
D	Sexo
E	Edad
F	Tener diabetes
G	Comer pocas frutas
H	Comer mucha sal

¿Conoce si la obesidad es el factor casual más importante en casos de Hipertensión arterial?

A	Si
B	No
C	No sé

¿Sabe o tiene conocimiento de que la diabetes es un factor de riesgo asociado a la Hipertensión arterial?

A	Si
B	No
C	No sé

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

A	Si
B	No
C	No sé

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

A	Si
B	No
C	No sé

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

A	Si
B	No
C	No sé

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

A	Si
B	No
C	No sé

SIGNOS Y SÍNTOMAS

¿Cree usted; que dolor de cabeza, y visión borrosa pueden ser síntoma de la hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

¿ Ha sufrido dolores de cabeza relacionados con la presión alta?.

A	Si
B	No
C	No sé

COMPLICACIONES,DE HIERTENSIÓN

¿La presión alta puede provocar problemas cardiacos?.

A	Si
B	No
C	No sé

La presión arterial puede provocar algún tipo de daño cerebral?

A	Si
B	No
C	No sé

¿La presión arterial puede provocar problemas l renales?.

A	Si
B	No
C	No sé

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

A	Si
B	No
C	No sé

Una persona con hipertensión arterial más diabetes ¿tiene mayor riesgo de complicaciones?

A	Si
B	No
C	No sé

TRATAMIENTO

¿Sabe si se puede controlar con medicación la Hipertensión arterial?

A	Si
B	No
C	No sé

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

A	Si
B	No
C	No sé

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

A	Si
B	No
C	No sé

¿cuando la presión arterial se normaliza se puede dejar el

tratamiento?

A	Si
B	No
C	No sé

¿Mencione cuáles son los medicamentos que usted toma para controlar su presión arterial?

¿Le gustaría recibir información sobre su presión arterial?

A	Si
B	No

¿Si su respuesta anterior es Si. Mediante que técnicas le gustaría recibir esta información?

A	Charlas
B	Videos
C	Talleres

Cuántas veces a la semana estaría dispuesto a recibir estas capacitaciones sobre presión arterial.

A	Una vez
B	Dos veces
C	Tres veces
D	Cuatro

ANEXO 3

DATOS DEL PACIENTE

- Nombre _____
- Apellidos _____
- Teléfono _____
- Número de Historia Clínica _____
- Sexo _____
- Edad _____
- Tensión Arterial Sistólica/Diastólica en bipedestación _____
- Tensión Arterial Sistólica/Diastólica en sedestación _____
- Tensión Arterial Sistólica/Diastólica en decúbito _____
- Talla _____
- Peso _____
- Índice de Masa Corporal _____
- Perímetro de cintura _____
- Número de fármacos antihipertensivos _____
- Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (si/no) según
valoración de su médico _____

Observaciones:

ANEXO 4

AUTORREGISTRO

1.- En cuanto a la dieta, le preguntamos si ha respetado la cantidad de sal recomendada por su médico en ese día.

SI _____

NO _____

2.- Caminar durante al menos 30 minutos cada día

SI _____

NO _____

3.- ejercicios pautados (aerobic, bicicleta, bailes, etc.)

SI _____

NO _____

4.- actividad diaria que requiere ejercicio físico, como puede ser limpiar la casa, cuidar de niños o familiares enfermos, etc.

SI _____

NO _____

5.- Ingesta diaria de frutas y verduras.

SI _____

NO _____

6.- Toma adecuada diariamente de medicamento antihipertensivo.

SI _____

NO _____

ANEXO 5

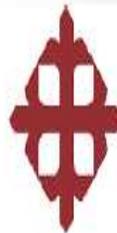
TRIPTICO

Epidemiología

- ⇒ En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año.
- ⇒ Las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.

Bibliografía

Organización mundial de la salud, Información general sobre la hipertensión arterial, Número de documento: W H O / D C O / WHD/2013.2. Disponible en:
www.who.int/.../WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



HIPERTENSIÓN



Modifica el curso
de tu enfermedad
conociendo mas de
ella.

Definición

También conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta.



La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear la sangre.

Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mmHg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mmHg, la tensión arterial se considera alta o elevada.

Prevención

Hábitos de vida saludables son fundamentales para prevenir la hipertensión.

Las recomendaciones son las siguientes:

- ⇒ Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad.
- ⇒ Actividad física regular, disminuyendo el sedentarismo.
- ⇒ Eliminación o disminución de la ingestión de alcohol.
- ⇒ Eliminación del hábito de fumar.
- ⇒ Reducir o controlar la ingesta de sal. Se recomienda no sobrepasar los 5 g/día/persona, esto equivale a una cucharadita de postre rasa de sal.



Tratamiento

⇒ A algunas personas les basta modificar su modo de vida para controlar la tensión arterial.

⇒ Es importante la reducción de la ingesta de sal.



⇒ Adoptar una dieta saludable y hacer ejercicio con asiduidad.

⇒ A otras personas, estos cambios les resultan insuficientes y necesitan tomar medicamentos con prescripción médica.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. Consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016"		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Fredy Ángel Bajaña Vargas		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Argelio Díaz Ortíz		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria		
GRADO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 Enero 2017	No. DE PÁGINAS:	94
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la Salud, Medicina		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión arterial, grado de conocimiento, estrategia educativa, medicina familiar y comunitaria, atención primaria de salud.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La hipertensión es el factor de riesgo modificable más común para las enfermedades cardiovasculares, está entre las enfermedades más frecuentes en el planeta, pero solo se advierte su presencia cuando aparecen sus complicaciones, se ha demostrado que el bajo nivel cognoscitivo de estos pacientes acerca de su enfermedad, repercute negativamente en el control. Método: 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. Conclusiones: La prevalencia encontrada en la investigación de hipertensión son mujeres mestiza, con escolaridad primaria, casadas, amas de casa, el mayor porcentaje de hipertensos conoce su enfermedad, y de los factores de riesgos que la ocasionan, no hay conocimiento adecuado sobre las complicaciones renales, en cuanto al tratamiento la mayoría conoce que es de por vida, la estrategia quedaría conformada por charlas una vez a la semana.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0986326623	fredybajana@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landivar		
	Teléfono: 042206953-2-1-0 ext 1830		
	E-mail: landivar@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):	



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, Bajaña Vargas Fredy Ángel, con C.C: # 0915984686 autor(a) del trabajo de titulación: **“Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. Consultorios médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015-2016”**. previo a la obtención del grado 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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 04 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Bajaña Vargas Fredy Ángel
C.C: 0915984686