



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 FAMILIA Y COMUNITARIA

TEMA:

**“PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA
MODIFICAR FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
ADULTOS JÓVENES. CONSULTORIO MÉDICO 11. CENTRO DE SALUD
PASCUALES. 2015 - 2016”**

AUTORA:

MD. LIA VERÓNICA CUZCO TELLO

DIRECTORA:

DRA. SYEN RODRIGUEZ MENESES

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 *la Dra. Lia Verónica Cuzco Tello*, 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:

Dra. Suyen Rodríguez Meneses

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, LIA VERÓNICA CUZCO TELLO

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio médico 11. 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:

Lia Verónica Cuzco Tello



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

AUTORIZACIÓN:

YO, LIA VERÓNICA CUZCO TELLO

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio médico 11. 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:

Lia Verónica Cuzco Tello

1. Agradecimiento

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo éste período y por permitirme alcanzar este anhelado sueño.

A mi esposo por su amor, paciencia y comprensión, hoy hemos alcanzado un triunfo más porque los dos somos uno y mis logros son tuyos.

A mi familia por su apoyo incondicional sabiendo que no existirá manera de agradecer toda una vida de sacrificios y esfuerzos, quiero que sientan que la meta alcanzada también es suya.

A mis maestros por su dedicación y empeño que implica la noble labor de la docencia, y sobre todo por estar siempre prestos a compartir sus conocimientos.

A mis amigos y compañeros por brindarme su amistad y respeto.

2. DEDICATORIA

El resultado de los objetivos propios, casi siempre están acompañados de las personas que amamos como luz, sendero y apoyo; un pequeño homenaje a Dios, a mi esposo, a mi familia y a mis amigos que comparten conmigo el camino de la vida.

3 RESUMEN

Antecedentes: La hipertensión arterial está identificada como un problema de salud a escala mundial por ser una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población mayor de 15 años de edad, además por su papel principal como factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, el universo estuvo constituido por 167 adultos jóvenes no hipertensos del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales 2015 – 2016. Se aplicó una encuesta confeccionada por la autora de la investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial y diseñar una estrategia educativa. **Resultados:** Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 20 – 24 años con un 30,5%. El 68,9% estuvo representado por el sexo femenino. El 58,1% de los participantes tienen nivel de escolaridad secundaria. El 49,1% de estado unión libre. El 84,4% se autoidentificaron como mestizos y el 69% fueron amas de casa. El nivel de conocimiento fue bajo en un 91% de los encuestados, siendo el sexo masculino el que tiene menos conocimiento, con un 94,2%. La estrategia quedó conformada mediante charlas semanales, de 30 minutos de duración, en grupo de 5 a 10 personas. **Conclusiones:** La mayoría de los adultos jóvenes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial, a pesar de ello, un alto porcentaje están conscientes que pueden llegar a padecerla en este ciclo de vida.

Palabras clave: hipertensión arterial, factor de riesgo, adultos jóvenes, estrategia educativa.

4 ABSTRACT

Background: Hypertension is identified as a health problem worldwide because it is one of the leading causes of morbidity and mortality in the population over 15 years of age, in addition to its main role as a risk factor for stroke Vascular and coronary disease. **Method:** An observational, descriptive, cross - sectional study was carried out. The universe consisted of 167 young non - hypertensive adults from the clinic 11 of the Pascuales Health Center 2015 - 2016. A survey was carried out by the author of the research to evaluate the level of Knowledge about risk factors of arterial hypertension and design an educational strategy. **Results:** It was evidenced that the age group that predominated was 20 - 24 years old with 30.5%. 68.9% were represented by the female sex. 58.1% of the participants had secondary education. The 49.1% free binding state. 84.4% self-identified as mestizos and 69% were housewives. The level of knowledge was low in 91% of the respondents, with the male being the least knowledgeable, with 94.2%. The strategy was shaped by weekly talks, 30 minutes in length, in a group of 5 to 10 people. **Conclusions:** The majority of young adults showed a low level of knowledge about risk factors for hypertension, although a high percentage are aware that they may end up suffering from it in this life cycle.

Keywords: hypertension, risk factors, young adults, educational strategy.

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

3 RESUMEN	I
6 ÍNDICE DE TABLAS	VI
7 ÍNDICE DE ANEXOS	VII
8 INTRODUCCIÓN	1
9.2 Formulación	4
10.1 Objetivo general	5
10.2 Objetivos específicos.	5
11.1 Aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial.	6
11.2 Definición de hipertensión arterial	6
11.3 Clasificación de hipertensión arterial	7
11.4 Determinantes genéticos de la variación de presión arterial.	9
11.5 Factores de riesgo para hipertensión arterial.	9
Factores de riesgo no modificables.	10
11.6 Manifestaciones clínicas.	14
11.11 Bases Legales.	19
12.2 Diseño de la investigación	21
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.	21
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información.	22
12.2.4 Técnicas de análisis estadístico	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN EDAD Y SEXO.....	28
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN ESCOLARIDAD.....	28
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN ESTADO CIVIL.....	29
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA.....	29
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN OCUPACIÓN.....	30
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	30
TABLA 7: NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN LOS TEMAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS.....	31
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN FUENTE DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	33
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN VIAS DE PREFERENCIA PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	33
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN LA FRECUENCIA CON QUE DESEAN RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	34
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN EL TIEMPO DISPONIBLE PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	34
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS SEGÚN NUMEROS DE PERSONAS CON LA QUE DESEA RECIBIR LA INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	35
TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SEGÚN LOS TEMAS RELACIONADOS A LOS FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	35

7 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	46
ANEXO 2 ENCUESTA.....	47
ANEXO 3 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	51

8 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por esta causa que por cualquier otra, se calcula que en el año 2012 murieron 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares. (1)

A nivel mundial la hipertensión arterial (HTA) es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatía y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (2)

La hipertensión arterial está identificada como un problema de salud a escala mundial por ser una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población mayor de 15 años de edad, además por su papel principal como factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. (3)

En el 2013 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó nueve metas mundiales concretas de cumplimiento voluntario para el 2025 y aprobó un conjunto de acciones organizadas en torno al Plan de acción mundial de la OMS. (3)

Las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria relativas a las enfermedades no transmisibles ponen de relieve la importancia de que los países otorguen carácter prioritario a las intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión; detener el aumento de la obesidad y la diabetes, y mejorar la cobertura del tratamiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares y el acceso a tecnologías básicas y medicamentos. (3)

La meta 6 del Plan de acción mundial 2013 - 2020 liderado por la OMS prevé reducir la prevalencia mundial de hipertensión en un 25%. La prevalencia mundial de hipertensión arterial en adultos de 18 años o más se situó en 2014 en alrededor de un 22%. (1)

De acuerdo a datos estadísticos de la OMS en Ecuador en el año 2014 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue del 25%. (4)

Entre los factores modificables que se han identificado y que contribuyen a la aparición de hipertensión arterial, se encuentran la alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, sedentarismo y enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemia y diabetes. (5)

En muchos casos la educación de la población en cuanto al seguimiento de la enfermedad es incorrecta, y este error costará esfuerzos vanos a los médicos, y lo que es peor, ansiedad y desconcierto en los pacientes que la padecen.⁵

Un reporte reciente de la American Heart Association en el año 2014 establece que la HTA es el principal factor de riesgo poblacional porcentual para las enfermedades cardiovasculares, con un 40,6%, seguido por el consumo de tabaco 13,7%, la alimentación poco saludable 13,2%, la inactividad física 11,9% y niveles de glicemia anormales 8,8%. (6)

Por la alta prevalencia que tiene en la actualidad la HTA y debido a que se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo atendiendo a múltiples factores de índoles económico, social, cultural, ambiental y étnico, asociado a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con los hábitos tóxicos, se hace necesario implementar estrategias de intervención y control que contribuyan a la reducción de la incidencia y morbilidad de enfermedades cardiovasculares mediante la adopción de estilos de vida saludable en la población. (7)

El tabaco representa la causa de muerte para el 50% de quienes lo consumen; mata a más de cinco millones de personas en el mundo que han sido o son fumadoras activas y a más de 600 000 fumadores pasivos, y es un problema de exclusión económica, puesto que casi el 80% del total de fumadores a escala mundial viven en países de ingresos medios o bajos. (8)

Para la población ecuatoriana de 20 a 59 años que declara haber probado tabaco alguna vez en la vida la prevalencia es 55.1%; 80.8% en hombres y 30.9% en mujeres. Para el grupo de 20 a 29 años es 54.7% según datos estadísticos de la encuesta nacional de salud y nutrición 2012. (8)

La prevalencia de sedentarismo en Ecuador es del 60% en adultos. Apenas el 11% de la población realiza actividad física de manera habitual. (9)

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen unos 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. (10)

En el año 2014 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. (10)

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) en Ecuador es del 62.8%. La obesidad es más alta en el sexo femenino 27.6% que en el masculino 16.6%, al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tiene una prevalencia de 43.4% y el femenino de 37.9%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es 5.5 es mayor en las mujeres 65.5% que en los hombres 60%. (11)

En relación con la obesidad, los resultados indican que el mayor índice de obesidad se presenta en Galápagos 30%, la Costa urbana 27.2% y en la ciudad de Guayaquil 26.3%, en las que se observan prevalencias superiores a 25%, es decir, más elevadas que la prevalencia nacional 22%. (11)

Prevalencia en Ecuador de hipercolesterolemia es de 24.5%, en hombres 25.4% y mujeres 23.5%.

Según datos del ENSANUT-ECU 2012 la prevalencia nacional de hipertrigliceridemia es de 28.7%, en hombres 33.3% y 23.7% en mujeres. (12)

Para la población ecuatoriana de 20 a 59 años la prevalencia del consumo de alcohol es 92.6%, en hombres 97.6% y 87.9% en mujeres. La prevalencia más alta se encuentra en el grupo de 30 a 39 años con 93.6%. En mujeres la prevalencia es 87.9% y en hombres, 97.5%. (11)

Debido a esta problemática de salud el Ecuador construye un proceso de cambio encaminado a crear una sociedad incluyente, solidaria y justa, con relaciones equitativas orientadas a establecer el buen vivir que se expresa en el Objetivo 3

del Plan Nacional para el Buen Vivir: Mejorar la calidad de vida de la población, reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos años, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad. (13)

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) ha trabajado en la actualización de estrategias para las enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA todo esto con vista a beneficiar la población mejorando su nivel de vida y previniendo las principales causas de muerte debido a éstas enfermedades, a pesar de ello la HTA continua en ascenso no solo en Ecuador sino en el resto del mundo.

En el Centro de Salud Pascuales, en el consultorio 11, el 15% de su población adulta padece de HTA, dicha enfermedad constituye uno de los trastornos de mayor incidencia en la sociedad, cuyo mecanismo de producción está relacionado con factores de riesgo modificables como la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo, el alcoholismo y la elevada ingesta de sal. Es por ello el interés en la presente investigación, con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención que permita modificar los factores de riesgo para la hipertensión arterial en los adultos jóvenes del consultorio médico N° 11 del centro de salud Pascuales durante el periodo 2015-2016.

La tesis está estructurada 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 normas de Vancouver.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La prevalencia de HTA en la población adulta del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales según el análisis situacional de salud es del 15%, dado que existe desconocimiento de la enfermedad y sus factores de riesgo por falta de actividades de promoción y prevención de la misma.

Dado la magnitud de ésta problemática de salud no sólo en Pascuales sino a nivel mundial, a la falta de conocimiento de sus factores de riesgo y a la ausencia de estrategias de intervenciones educativas se hace necesario implementar dichas acciones de salud dirigidas a la población no hipertensa que permitan elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo de HTA, modificando su estilo de vida y mejorando la calidad de vida de la población.

La HTA por ser una enfermedad silenciosa, con repercusión social y económica, sumado a patrones culturales, hábitos inadecuados, nivel de educación, entre otras, su prevalencia cada vez va en aumento, y la población del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales no está exenta de ello, unido a la falta de intervenciones educativas para reducir la exposición a los factores de riesgo modificables, a pesar de las acciones que los profesionales de la salud puedan aportar se hace necesario que la población tome empoderamiento de su propia salud, a través del aprendizaje que puedan adquirir mediante estrategias de intervención para ejercer un mayor control sobre la misma y adquirir estilos de vida saludable.

9.2 Formulación

¿Qué elementos se considerarían dentro de una intervención educativa para modificar los factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes del consultorio 11. Centro de Salud Pascuales en el período 2015-2016?

10 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS

10.1 Objetivo general

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial en los adultos jóvenes no hipertensos del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales en el período 2015 -2016.

10.2 Objetivos específicos.

1. Caracterizar los aspectos socio-demográficos en la población adulta joven no hipertensa del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en los adultos jóvenes del consultorio 11.
3. Identificar los componentes de la estrategia de intervención educativa.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015 indica que “de los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las enfermedades cerebrovasculares.” (1) En su informe la OMS en el 2014 refiere que “en los países de ingresos bajos y medianos la hipertensión no solo es más prevalente, sino que también hay más personas afectadas por ella porque el número de habitantes de esos países es mayor que el de los países de ingresos altos. Además, a causa de la debilidad de los sistemas de salud, el número de personas hipertensas sin diagnóstico, tratamiento ni control de la enfermedad también es más elevado en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos elevados. La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta inadecuada, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.” (3)

En Estados Unidos ésta enfermedad afecta aproximadamente a 50 millones de habitantes. En algunos países europeos como España, fluctúa entre el 30 y el 35 % de la población en general. La prevención de esta entidad es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa, la cual es obtenida con medidas de promoción y educación dirigidas a modificar el estilo de vida, que impacta sobre los factores de riesgo asociado a la HTA. (14)

A nivel de América Latina la prevalencia de la hipertensión en el año 2012 fue similar en Argentina con 25-36%, Uruguay 30%, Paraguay 21-30% y el sur de Brasil 31-33%, en Chile difiere según el nivel socio-económico, en bajas condiciones 24,5% y condiciones socio-económicas altas 17,9%. (15)

Según datos estadísticos de la OMS la prevalencia de la hipertensión arterial en Ecuador en el año 2012 fue del 37%. (16)

11.2 Definición de hipertensión arterial

El protocolo del manejo de enfermedades crónicas no transmisibles de Ministerio de Salud Pública del Ecuador del 2011 define a la hipertensión arterial como una “enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg”. (17)

Según el protocolo de hipertensión arterial del año 2014 de La Rioja-España la define como “la elevación persistente de las cifras de presión arterial por encima de los valores establecidos como normales por consenso: en general presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, en la media de al menos 2 determinaciones espaciadas varios días”. (18)

La guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva del Perú del año 2015 refiere que “la hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica o diastólica”. (19)

11.3 Clasificación de hipertensión arterial

La hipertensión arterial puede clasificarse según su etiología en:

Hipertensión arterial primaria llamada también esencial es de origen desconocido y representa el 90 al 95% de los casos. (19,20)

Hipertensión arterial secundaria que es debido a una causa identificable y corresponde del 5 al 10% de los casos. (19,20) Entre las causas más frecuentes se encuentran: enfermedad renovascular, enfermedad renal parenquimatosa, coartación aórtica, endocrinas (hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma) y uso de medicamentos como fenilpropanolamina, anticonceptivos orales y corticoides, hipertensión arterial inducida por el embarazo, entre otros. Diversas claves en la historia clínica, el examen físico y los exámenes paraclínicos pueden sugerir HTA secundaria. (21,22)

La Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC7, por sus siglas en inglés), como la Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología han mantenido la definición de hipertensión arterial a partir de 140/90 mm Hg para adultos mayores de 18 años. (23)

La clasificación del JNC7 se basa en el promedio de ≥ 2 medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos en buen estado, en cada una de ≥ 2 visitas médicas. De acuerdo a esto han dividido a la hipertensión en estadios 1 y 2. Además el JNC7 ha definido la presión arterial normal como < 120 y < 80 mmHg, los niveles intermedios de 120 a 139 y de 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión. (23)

Los pacientes con pre-hipertensión tienen un riesgo incrementado para desarrollar HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mm de Hg tienen un doble riesgo para presentar HTA que los sujetos que tienen cifras menores. (23)

Clasificación de la Hipertensión arterial Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120	Y	< 80
Prehipertensión	120-139	O	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Estadio 1	140–159	O	90–99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	O	≥ 100

A su vez, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión / Sociedad Europea de Cardiología, también consideran que la hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg, aunque a diferencia del JNC, consideran 3 categorías en los niveles menores a 140/90 mm Hg, con un nivel óptimo similar a lo que considera el JNC como normal y 2 categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg. Estas asociaciones también dividen el estadio 2 de la clasificación del JNC7, con un estadio 3 que comienza en ≥ 180 y ≥ 110 mm Hg, además de la hipertensión arterial aislada que se refiere a la presión sistólica ≥ 140 mmHg y la presión diastólica < 90 mmHg, que se presenta en los adultos mayores. (24)

Clasificación de la Hipertensión arterial Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	Y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión Grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión Grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	Y	< 90

11.4 Determinantes genéticos de la variación de presión arterial

La concordancia de las cifras de presión arterial es mayor en las familias que en personas no emparentadas, superior entre gemelos monocigóticos que entre gemelos dicigóticos, y más elevada entre hermanos biológicos que entre hermanos adoptivos que viven en la misma residencia. Hasta un 70% de la agregación familiar de la presión arterial se atribuye a genes compartidos en lugar de a un ambiente compartido. A pesar del mapeo del genoma humano, aún se conoce poco sobre los determinantes genéticos de la presión arterial en la población general. (25)

En contraste, la investigación genética ha identificado 14 genes que causan formas mendelianas de hipertensión y 9 genes que provocan formas mendelianas de hipotensión. En cada caso, el mecanismo implica el control renal de la sal y el agua, lo que hace hincapié en la relevancia fundamental del sistema renina-angiotensina aldosterona en la regulación de la presión arterial en el ser humano. Sin embargo, las formas mendelianas identificadas de hipertensión, en conjunto, son responsables de una diminuta fracción de los 60 millones de casos de hipertensión en Estados Unidos, y hasta el momento existen muy pocos datos de que las mutaciones leves en cualquiera de estos 23 genes, por separado o combinadas, confieran resistencia o sensibilidad frente a los efectos hipertensivos de las exposiciones ambientales comunes en la población general. (25)

11.5 Factores de riesgo para hipertensión arterial.

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social o cultural, que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar una enfermedad. (26) Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y sirve como un predictor estadístico de la enfermedad y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. (27,28)

La Hipertensión Arterial está asociada a distintos factores personales tanto no modificables, como modificables; estos últimos nos dan la posibilidad de prevenir o retardar la aparición de esta enfermedad. (29)

1. Los no modificables: son aquellos cuya aparición no dependen del individuo como la edad, el sexo, la raza y la herencia. (30)
2. Modificables: son aquellos cuya aparición está estrechamente ligadas a hábitos del individuo como el tabaquismo, obesidad, stress, alcoholismo, la elevada ingesta de sodio y el sedentarismo y una vez identificados uno o varios factores de riesgo, estos se pueden modificar mediante el curso de una acción del tipo de un programa de intervención basado en educación para la salud. (30)

Factores de riesgo no modificables.

Herencia y desarrollo

La historia de hipertensión arterial en familiares de primer grado de consanguinidad, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad hipertensiva. (31)

El crecimiento intrauterino retardado, tiene un importante papel en el futuro funcionamiento de muchos órganos y sistemas. En las últimas décadas se ha sugerido que los eventos implicados en el desarrollo fetal normal tienen efectos a largo plazo e influyen en la salud durante la vida adulta. Variables como desarrollo fetal, peso placentario, bajo peso al nacer, bajo perímetro cefálico y ganancia acelerada de peso durante el primer año de vida, se han relacionado con un mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial. Aunque las adaptaciones postnatales pueden ser las responsables de este comportamiento. (31)

Edad

Al momento del nacimiento el promedio de la presión arterial sistólica y diastólica en los países desarrollados se encuentra aproximadamente entre 70 y 50 mmHg respectivamente. Generalmente, la presión sistólica va aumentando poco a poco desde la niñez, adolescencia y la edad adulta hasta alcanzar un valor cerca de los 140 mmHg en la séptima u octava década de la vida, esto se debe a la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las paredes de las arterias. La presión diastólica también tiende a incrementar con la edad pero con una tasa de crecimiento menor que la sistólica, e incluso tiende a estabilizarse después de la quinta década. (32) Esto no sucede en todas las poblaciones, lo cual demuestra que el aumento de la presión arterial con la edad no es una necesidad biológica. Cuanto más joven sea el paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial mayor es la reducción de vida si se deja sin tratamiento. (33)

Sexo

En la primera infancia parece no haber variación en los niveles de presión arterial entre sexos, pero desde el inicio de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres. Esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad. Alrededor de los 50-60 años esta conducta se invierte, lo que reflejaría de manera parcial, la muerte prematura de los hombres con presión arterial más alta. (33) Aunque las mujeres posmenopáusicas tienen la misma probabilidad de presentar enfermedad cardiovascular que los hombres de la misma edad, ésto cambia con la terapia de restitución hormonal, ya que el estrógeno está relacionado directamente con efectos protectores sobre el sistema cardiovascular, a corto y largo plazo. (33)

Raza

La población negra tienden a presentar presiones más altas que la población blanca a la misma edad, existiendo diferencias entre un lugar geográfico y otro. (34) Estudio como el National Health and Nutrition Examination Survey en Estados Unidos, reporta una alta prevalencia de la hipertensión arterial en la raza negra, el cual muestra una prevalencia de 40,5% en la raza negra, mientras que en blancos es de 27,4% y en latinos de 25,1%. (34)

Factores de riesgo modificables

Obesidad

Los mecanismos por los que la obesidad y la distribución de la grasa corporal conllevan un aumento del riesgo de HTA no son bien conocidos. La distribución de la grasa corporal está asociada con la resistencia insulínica que, puede ser una importante causa de HTA, sin embargo en sujetos delgados, normoglucémicos e hipertensos sin tratamiento presentan más insulinoresistencia que los sujetos normotensos. Igualmente los pacientes que desarrollan HTA precoz tienen con más frecuencia alteraciones lipídicas, pudiendo ser la resistencia insulínica la que subyace en el conjunto de alteraciones aterogénicas. Es conocido que un incremento en la relación cintura-cadera, es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de HTA. (35)

En individuos obesos el gasto cardíaco, el volumen de eyección y el volumen intravascular son más altos, con una correlación aún mayor con los ácidos grasos libres (AGL) que con la masa adiposa. Se observa mayor nivel de la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) que refleja un fallo en la inhibición de la descarga simpática cardíaca. Además, en los individuos obesos existe un aumento del número de adipocitos que secretan distintas sustancias capaces de producir insulinoresistencia, incluidos los AGL y múltiples polipéptidos, entre los que se encuentra la resistina. La mayoría de los pacientes obesos presentan resistencia a la insulina. (35)

La hiperinsulinemia resultante es incapaz de mantener la normoglucemia y puede llegar a desarrollar diabetes tipo 2. El aumento de los AGL produce diversos efectos perjudiciales tales como disminución de la sensibilidad a la insulina con inhibición del transporte de glucosa en los músculos y alteración de la vasodilatación y producción de óxido nítrico mediados por la insulina. La hipertensión se puede llegar a producir a partir de los efectos de la hiperinsulinemia o a través de la resistencia a la insulina. En resumen, puede decirse que la hipertensión inducida por obesidad surge de la interacción de al menos cuatro mecanismos. (35,36)

Sedentarismo

Varios estudios han demostrado que el ejercicio regular y la actividad física se asocian con niveles menores de presión arterial (PA) y menor prevalencia de HTA. El ejercicio físico previene y reestablece las alteraciones en la vasodilatación dependiente del endotelio que aparecen con la edad. Además del efecto sobre la PA, el ejercicio influye favorablemente sobre determinados factores que se relacionan con la cardiopatía isquémica como son la reducción del colesterol y triglicéridos, de la agregación plaquetaria y del peso; aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y la tolerancia a la glucosa. (37)

Estrés

El estrés es un estimulante evidente del sistema nervioso simpático. Los individuos hipertensos y los que probablemente presentarán hipertensión sufren mayor estrés o responden a él de una manera diferente. Existen estudios que avalan que las personas expuestas al estrés psicógeno pueden desarrollar hipertensión más frecuentemente que quienes no lo sufren. Incluso en individuos jóvenes sanos se ha demostrado disfunción endotelial transitoria después de experimentar estrés mental. Además la exposición al estrés no sólo puede aumentar la PA por sí sola, sino que también puede generar un aumento del consumo de alcohol y de lípidos. La vía final común para muchos de estos factores es el sistema nervioso simpático (SNS), que participa en las primeras etapas del desarrollo de la hipertensión esencial y en los efectos hipertensivos de la sal, la obesidad, el sedentarismo, y posiblemente también, el estrés. Existe un mecanismo por el que el estrés intermitente se puede traducir en hipertensión sostenida. La adrenalina secretada en la médula suprarrenal induce cambios mucho más importantes y prolongados de la PA que la relativamente breve respuesta de huida. Estimula los nervios simpáticos y además actúa sobre el receptor beta 2 presináptico, para facilitar la liberación de más noradrenalina (NA). Además puede haber una alteración en la recaptación neuronal de NA en individuos con hipertensión esencial que dejaría expuestas las células vulnerables a niveles más elevados de NA. (38)

Alcohol

En las dos décadas anteriores, los estudios epidemiológicos han establecido una relación entre el consumo de alcohol y la HTA, en ambos sexos y para todos los tipos de bebidas alcohólicas. (39)

El consumo excesivo de alcohol debe ser considerado como un posible factor de riesgo para la HTA. Se han descrito varios posibles mecanismos por los que el alcohol media su efecto en la PA:

- Aumento de los niveles de renina-angiotensina y/o de cortisol.
- Efecto directo sobre el tono vascular periférico, probablemente a través de interacciones con el transporte del calcio.
- Alteración de la sensibilidad a la insulina.
- Estimulación del Sistema Nervioso Central.
- Depleción de magnesio que podría provocar vasoespasmo e HTA.

El consumo excesivo de alcohol se relaciona con un aumento de la PA, así como con arritmias cardíacas, miocardiopatía dilatada y accidentes cerebrovasculares hemorrágicos. La mortalidad por accidente cerebrovascular hemorrágico aumenta en caso de consumo excesivo de alcohol. (39) Existen estudios que sugieren que el consumo moderado de alcohol protege de la enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Se ha descrito que en las personas con consumo moderado de alcohol, existe una reducción significativa de las moléculas de adhesión endotelial en comparación con los bebedores importantes o con los abstemios, contribuyendo en la protección contra la aterosclerosis.

También se ha observado que el consumo moderado de alcohol tiene efecto sobre los lípidos, principalmente elevando los niveles de lipoproteínas de alta

densidad (HDL) y en menor grado, disminuyendo los niveles de las lipoproteínas de baja densidad (LDL).

La mortalidad por enfermedad cardiovascular es menor en personas que ingieren alcohol moderadamente (< 2 copas/día). (39)

Ingesta baja de potasio

La baja ingesta de potasio (K) en la dieta puede ser un factor de riesgo para la aparición de HTA y de accidentes cerebrovasculares. (26) El K posiblemente desempeña un papel en la prevención de la HTA, pero es improbable que sea tan importante como otros factores, tales como la actividad física, la restricción de sodio, la moderación en el consumo de alcohol y la reducción de peso. Los efectos beneficiosos del K pueden ser debidos a la disminución de la respuesta vascular a otros vasoconstrictores (probablemente mediado por favorecer la liberación de óxido nítrico por el endotelio). También parece existir una relación del K con los cambios en la excreción de sodio (Na): la retención de Na inducida por bajos niveles de K en la dieta, contribuye a elevar la PA en 5-7 mmHg en pacientes con HTA. (40) Los suplementos de K tienden a disminuir la PA en pacientes hipertensos así como en normotensos.

La OMS en un documento del año 2014 recomienda que el consumo de potasio debiera ser aproximadamente de 90 mmol al día, a partir del consumo de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Los alimentos ricos en potasio son las alubias y guisantes (1.300 mg de potasio por cada 100 g), frutos secos (600 mg/100 g), las espinacas, la col y el perejil (550 mg/100 g) y frutas como el plátano (300 mg/100 g). (40)

Ingesta de sal

El consumo excesivo de sodio (Na) que se ingiere en la dieta en forma de cloruro sódico (sal común, 60% cloruro y 40% sodio), de manera que por cada 2,5 g de sal se toma 1 g de sodio, es uno de los principales factores responsables del origen de la HTA, que induce al aumento del volumen sanguíneo y de la precarga, lo cual eleva el gasto cardíaco. (41,42) Esta ingesta excesiva es la causa de 30% de la prevalencia de hipertensión en el mundo. El consumo elevado de sal también causa cálculos renales y tiene una fuerte asociación y una base fisiopatológica con la osteoporosis, la mayor gravedad del asma y la obesidad. (43)

Los mecanismos por los cuales la ingesta excesiva de Na induce HTA se encuentran los defectos en la excreción renal de Na: vasoconstricción renal y mayores índices de reabsorción proximal de Na. El aumento de la actividad del intercambiador sodio - hidrógeno en el túbulo proximal, mayor nivel en la actividad del SNS. (43)

La meta internacional para el 2020 es que cada persona ingiera por día menos de un total de 2000 mg de sodio o 5 g de sal. Los países deberían utilizar los métodos más fidedignos y válidos para determinar un nivel de referencia de las fuentes principales de sal en el régimen alimentario de la población, es decir, la sal presente en los alimentos procesados comercialmente y los alimentos consumidos en los restaurantes o provistos por los servicios de comida, se agregada antes de comercializarlos, y la sal u otros productos de alto contenido de sal agregados en la mesa y al cocinar, y el consumo de sal a nivel de la población.(43)

Tabaquismo

El tabaco puede elevar, de forma transitoria, la PA en aproximadamente 5-10 mmHg. El consumo del tabaco no se ha asociado con un incremento de la incidencia de HTA. El tabaco se debe evitar en la población en general, y en hipertensos en particular, ya que aumenta marcadamente el riesgo de enfermedad coronaria y parece estar relacionado con la progresión hacia insuficiencia renal. (44)

11.6 Manifestaciones clínicas.

La hipertensión se ha denominado el asesino silencioso, pues es un trastorno crónico asintomático que lesiona de forma silente los vasos sanguíneos, el corazón, el cerebro y los riñones si no se detecta ni se trata. La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial no tienen síntomas específicos con relación a su hipertensión arterial y a menudo son identificados en un examen médico de rutina. Cuando los síntomas obligan al paciente a ir a la consulta médica, esta sintomatología se relaciona con los síntomas de la hipertensión arterial, los síntomas de la enfermedad vascular hipertensiva, y los síntomas derivados de la enfermedad de base en caso de una hipertensión arterial secundaria. (39)

Uno de los síntomas más frecuentes es la cefalea, la cual sobre todo se observa en la hipertensión arterial severa, se localiza en la región occipital, el paciente se despierta con la cefalea y se calma luego de varias horas. Otras manifestaciones pueden ser: vértigos, palpitaciones, fatiga fácil e impotencia. Los diversos factores de riesgo vascular (arterioesclerosis, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo) ejercen un efecto sinérgico, acelerando la aparición y agravando la evolución de la disfunción eréctil. (39)

Como consecuencia de la enfermedad vascular el paciente puede presentar epistaxis, hematuria, visión borrosa por los cambios retinianos, así como episodios de debilidad o vértigos debidos a una isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea como consecuencia de una insuficiencia cardíaca. Ocasionalmente puede presentar dolor toraco-abdominal por un aneurisma disecante de aorta o la ruptura del mismo. En el caso de una hipertensión arterial secundaria los pacientes pueden presentar poliuria, polidipsia, y debilidad muscular secundaria a una hipokalemia por un aldosteronismo primario o pueden señalar ganancia de peso y labilidad emocional en pacientes con síndrome de Cushing. Los pacientes con un feocromocitoma pueden presentar episodios de cefalea, palpitaciones, sudoración profusa e hipotensión postural. (39)

11.7 Diagnóstico

La medición de la PA en el consultorio es el método por el cual se puede acceder a la información básica y establecer el diagnóstico. (45)

Los Estados Unidos Preventive Services Task Force (USPSTF) da directrices del tamizaje para la hipertensión arterial, recomienda el tamizaje cada dos años para las personas con presión arterial sistólica y diastólica por debajo de 120 mmHg y 80 mmHg, respectivamente, y cada año para personas con presión sistólica de 120 a 139 mmHg o una presión diastólica de 80 a 89 mmHg. (46)

La medición e interpretación adecuada de la presión arterial es esencial en el diagnóstico y manejo de la hipertensión. La exactitud es un requisito indispensable para cumplir con las anteriores premisas. Por ende, los valores inexactos serán los responsables de errores en la evaluación y tratamiento de los pacientes. Hay una gran variedad de pasos que se deben seguir para lograr la máxima precisión en éste proceso. (47)

Para la medición de la PA se debe usar un tensiómetro el cual podrá ser de mercurio, aneroide o digital. La persona debe estar sentada con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, en reposo al menos 5 minutos antes de la toma de la PA, con los pies apoyados en el piso y toda la extremidad superior descubierta, extendida y apoyada sobre una superficie fija, a la altura del corazón. La persona no debe haber fumado o ingerido café, alcohol u otras bebidas calientes en los 30 minutos previos a la toma de la presión. (47)

En la primera visita se debe realizar la medición de la presión arterial en ambos brazos y considerar aquel cuya lectura haya sido el de mayor valor el cual será el referente para mediciones futuras. Mediante la palpación se obtiene la ubicación de la arteria braquial en la cara interna del tercio distal del brazo. El brazalete debe ser colocado a 2cm por encima del pliegue del codo de tal forma que la línea media del brazal coincida con la arteria braquial. Palpar el pulso de la arteria radial a nivel de la muñeca. Insuflar lentamente. Tomar nota en qué valor de la presión arterial desaparece el pulso y vuelve a aparecer al desinsuflar. El valor que coincide con ese momento será la presión arterial sistólica palpatoria referencial. Desinsuflar y esperar 2 minutos. Colocar el estetoscopio a nivel de la arteria braquial previamente ubicada. Luego, insuflar rápidamente hasta 30 mmHg por encima del valor de la presión arterial sistólica palpatoria referencial. Desinsuflar lentamente a una velocidad aproximada de 2 mmHg/segundo. Se consignará como la presión arterial sistólica a la primera medición obtenida luego de percibir por lo menos dos ruidos continuos (fase 1 de Korotkoff). Se consignará como la presión arterial diastólica aquella que corresponde con el último ruido audible (fase 5 de Korotkoff). (47)

11.8 Tratamiento no farmacológico o higiénico-dietéticas

Las medidas higiénico-dietéticas o “modificaciones en el estilo de vida”, han mostrado su eficacia preventiva general; y en muchos casos, permiten reducir las cifras de presión arterial. Como complemento de los tratamientos medicamentosos, permite reducir u obviar las necesidades y dosis de los mismos y retardar su instauración; mejorando en definitiva, la calidad de vida de los pacientes tratados. La utilización de estas medidas representa además menor costo y conlleva menos efectos adversos que el tratamiento farmacológico. (48)

En pacientes con HTA ligera, podría considerarse el tratamiento farmacológico sólo cuando las medidas dietéticas no hayan sido eficaces; mientras que, en los casos de HTA moderada grave, la instauración del tratamiento farmacológico no debería retrasarse. (48)

Medidas higiénico-dietéticas que han demostrado su valor positivo, tanto en la prevención como en el tratamiento de la HTA, son: reducción de peso, evitar la ingesta excesiva de alcohol, actividad física aeróbica moderada (caminar 30-60 min durante 3-5 días a la semana), y dieta hiposódica (respuesta variable entre los pacientes). Otras medidas como la actuación sobre el estrés, o la ingestión de suplementos dietético (potasio, calcio, magnesio o fibra) son de eficacia limitada y probada sólo en determinadas subpoblaciones de hipertensos. En general, parece claro que una dieta rica en frutas, verduras y pobre en grasas y colesterol y especialmente el control del exceso ponderal, puede reducir las cifras de hipertensión arterial y prevenir su aparición en muchos pacientes. (49)

Hay otros factores no implicados directamente en el desarrollo de HTA, si bien son importantes factores de riesgo cardiovascular y pueden complicar ésta. La actuación sobre los mismos debe incluirse como parte integrante de cualquier estrategia preventiva de enfermedades cardiovasculares: supresión del hábito de fumar, control de las dislipidemias (valorar individualmente la relación coste-beneficio del tratamiento farmacológico en sujetos mayores de 70 años) y de la diabetes. (48-50)

En la mayoría de los casos, la intervención sobre dos o más de estos factores puede proporcionar resultados complementarios. (49)

- Reducción del sobrepeso (reducción de ingestión de calorías)
- Limitar el consumo de ácidos grasos saturados y colesterol
- Moderar el consumo de alcohol
- Aumento de la actividad física (ejercicio físico regular) de tipo aeróbico
- Limitar el consumo de sal
- Prohibición de fumar
- Regular el consumo de potasio, calcio y magnesio (ingerir cantidad suficiente)
- Control de la diabetes

La adopción de estilos de vida saludables es primordial para prevenir la HTA y es vital en hipertensos. La modificación de los estilos de vida beneficia a la disminución de la presión arterial, como la reducción de peso en obesos y con sobrepeso, mejorar los hábitos de alimentación, por esa razón la Organización Panamericana de Salud(OPAS)/OMS busca incrementar y realizar estrategias e instrumentos para facilitar el desarrollo de actividades de detección precoz, control permanente y aumento del nivel de conocimiento de la población sobre

la enfermedad, factores de riesgo y los impactos causados por la hipertensión arterial, así como, las implicaciones que su control y prevención representan para la salud pública.(50)

11.9 Estrategias de intervención educativa

La intervención educativa es la acción intencional para realizar acciones que llevan al desarrollo integral del alumno. Tiene carácter teleológico, ya que existe un sujeto agente (educando-educador), un lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr una meta y los acontecimientos se relacionan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales o no formales. (51)

Las estrategias de intervención son muy necesarias para alcanzar una buena salud y prevenir la enfermedad. Conseguir el máximo potencial de salud es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que tiene que ver, no sólo con el individuo en diferentes edades, características, y etapas vitales, sino también con el ambiente en que vive. (52)

La intervención educativa debe responder a la satisfacción de necesidades reales siendo un impulsor del dinamismo interno de las organizaciones sociales, porque el capital más importante lo constituye sus actores, que multiplican sus esfuerzos, tomando en cuenta los aspectos relevantes que influyen en las prácticas cotidianas, la experiencia de los participantes y las problemáticas a las que se enfrentan. (53)

Desde el momento que la intervención implica la introducción de un cambio, estamos frente a una situación experimental cuyo grado de control va a depender del planeamiento de la intervención. Lo ideal es que toda intervención sea cuidadosamente planeada de modo que pueda ser evaluada.

Para planificar y realizar una intervención se debe tener conocimientos necesarios acerca de la dimensión del problema, los factores asociados a su propagación, las medidas eficaces y las características de la población afectada. (54)

Las intervenciones son el resultado de la aplicación de modelos interpretativos del origen y naturaleza de los problemas de salud. Existe tres grandes modelos que se usan a menudo en la planificación de intervenciones en epidemiología: la historia natural, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud. (55)

Elementos de una estrategia de intervención

Toda estrategia de intervención debe contener a lo menos los siguientes elementos componentes: identificación y diagnóstico del problema, análisis de sus causas, factores y consecuencias, objetivos de la intervención, medios, técnicas y recursos, criterios de evaluación e indicadores de logro.

1. Identificación del contexto o entorno del problema. Se trata de focalizar el conjunto de variables sociales, económicas, políticas, tecnológicas y culturales que intervienen e influyen en un determinado problema de investigación.

2. Análisis e identificación del problema: causas, factores, consecuencias. Se establecen aquí, las causas mediatas e inmediatas, las causas principales y secundarias; los factores centrales que determinan y componen el problema; y los efectos mediatos e inmediatos que resultan de dichos factores.
3. Objetivos generales y operacionales de la estrategia de intervención.
4. Medios, técnicas y recursos (humanos, financieros, materiales y tecnológicos) que se utilizarán en la intervención. La estrategia de medios debe incluir una estimación de todos los recursos necesarios en una combinación que depende principalmente de los recursos financieros y del equipo humano y profesional puesto a disposición del proyecto.
5. Identificación de metas e indicadores de logro observables. Las metas y logros esperados los cuales deben ser coherentes con los objetivos de la estrategia.
- 6.- Criterios de evaluación e indicadores de logro. (56)

Importancia de la educación para la salud

La Educación para la Salud (EpS) es una de las disciplinas más jóvenes en el ámbito de las ciencias de la salud. Clásicamente, el término EpS sugería la comunicación hacia fuera y hacia debajo de conocimientos sobre la salud, a individuos a los que se suponía desprovistos de los mecanismos cognitivos sobre el modo de prevenir las enfermedades. Así, Gilbert consideraba en los años 40-50 que la EpS consistía en instruir a las personas sobre temas de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al cuidado de su salud. (57)

Los actores que intervienen en la educación para la salud no solo son profesionales de la salud, sino también organismos nacionales e internacionales que tienden a señalar como objetivo común la modificación de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los individuos, para mejorar la salud. (58)

Es frecuente que la labor educativa en el campo de la salud adopte un enfoque de tratamiento, aunque se enmarque en la prevención y el cambio de actitud de las personas y en la adopción de estilos de vida saludables, como base para la recuperación de la salud; esa colocación desconoce el conjunto de medios operantes en la conducta social. (58)

Las nuevas necesidades de salud sólo se pueden cubrir incorporando la participación de individuos responsables de su propia salud. Los servicios sanitarios han de responder a este nuevo planteamiento y será por ello necesaria también una reorientación de dichos servicios sanitarios.

La acción comunitaria será básica para lograr esa participación. Se tratará de desarrollar un modelo que gire en torno a tres conceptos: acción social en salud, participación social e intervención comunitaria, y se hará corresponsabilizando a los agentes sociales para generar nuevos recursos y cambiar comportamientos y actitudes.

La OMS plantea la EpS relacionando el desarrollo personal y el enfoque social (concepción socio-ecológica de la salud) y señala una serie de prerrequisitos sociales para la salud como son, entre otros, la paz, la justicia social, los derechos humanos, la equidad, etc. (58)

6.1 Bases Legales.

Constitución Política de la República del 2008

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

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

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

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

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (59)

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”.

Numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la

obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”;

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

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

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. (59)

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

De acuerdo con los objetivos y alcance de la investigación se realizó en el consultorio 11 de Medicina Familiar y Comunitaria un estudio observacional, en cual no existió intervención del investigador y los datos reflejan la evolución natural de los eventos investigados. De carácter descriptivo, 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.

Contexto y tiempo del estudio.

La investigación se desarrolló en la población adulta joven no hipertensa perteneciente al consultorio 11 del centro de salud de Pascuales, Guayaquil, Ecuador en el período 2015 – 2016.

Criterios de inclusión.

Personas no hipertensas

Personas de ambos sexos

Personas con edad cumplida entre 20 y 39 años al momento de realizar la encuesta

Personas con residencia permanente en el área asignada al consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales

Personas que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión.

Personas con discapacidad intelectual.

Personas sin escolaridad.

Personas con hipertensión arterial.

Personas que en más de dos ocasiones de visitarles para el llenado del cuestionario no se encuentren en el domicilio.

Universo y muestra

El universo y muestra de adultos jóvenes no hipertensos que corresponde al consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales está constituido por 167 pacientes.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La recolección de datos se inició con la autorización de los participantes del estudio por medio de la firma del consentimiento informado.

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta, tipo test, construida por la autora que fue evaluada previamente por expertos a través de los criterios de Moriyama. La encuesta consta de dos secciones, la primera para medir los aspectos sociodemográficos de los participantes, que corresponde a las preguntas de la 1 a la 4 y la segunda para medir el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial, que corresponde a las preguntas de 6 a la 25, las cuales fueron sometidas a evaluación.

Para la calificación del instrumento se seleccionaron cinco expertos atendiendo a los criterios de inclusión; según la especialidad: ser especialista en Medicina General Integral y especialista en Medicina Interna; según la categoría docente: ser docente o profesor auxiliar, tener como mínimo cinco años de experiencia profesional y conocimientos del tema de investigación; y que de forma voluntaria aceptaran evaluar el contenido de dicho instrumento.

Una vez conformado el equipo de expertos, se les remitió un documento informativo sobre los objetivos y características de la investigación y el interés de su evaluación crítica y observaciones sobre el instrumento. Se entregó una copia del cuestionario y se acompañó además de una encuesta para su calificación de acuerdo a los criterios establecidos por Moriyama. Esta recogió las cinco dimensiones o categorías de juicio a saber:

Comprensible: si se comprenden los ítem o preguntas que se evalúen, en relación con el fenómeno que se quiere medir.

Sensible a variaciones: si considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.

Si tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: si existe una justificación para la presencia de dicho ítem o pregunta en el instrumento.

Componentes claramente definidos: si tiene definición clara.

Si deriva de datos factibles de obtener: si el dato correspondiente al ítem o pregunta se puede recoger.

Cada dimensión se calificó atendiendo a la escala: 0: nada; 1: poco; 2: mucho. Se tomó el criterio respaldado por Moriyama para considerar como válidos los resultados de la evaluación de las preguntas, cuando las respuestas de los jueces evidenciaron un nivel de acuerdo igual o mayor al 70% en la escala mucho.

El porcentaje de expertos que evaluaron de mucho, cada una de las preguntas del instrumento, atendiendo a la escala de calificación contenida en los principios de Moriyama presente en la tabla.

Distribución de la evaluación de los criterios de Moriyama.

Pregunta	Comprensible	Sensible a variación	Suposiciones básicas	Componente s claros	Datos factible s de obtener
6	100	60	80	100	100
7	100	40	20	60	80
8	100	80	80	100	100
9	80	20	60	60	80
10	100	60	60	80	100
11	60	60	60	60	80
12	80	40	40	40	80
13	60	60	60	60	80
14	60	60	60	60	80
15	100	60	60	60	100
16	40	40	40	40	60
17	80	60	80	60	100
18	60	40	40	40	60
19	100	80	80	60	80
20	100	80	80	100	100
21	80	60	60	80	100
22	100	100	100	100	100
23	80	60	100	80	80
24	100	100	100	100	100
25	100	80	80	80	100

Hubo 2 criterios en función de los cuales, no se encontraron mayor dificultad en las preguntas evaluadas, que corresponden a que si la pregunta es o no comprensible y si se puede o no obtener datos factibles. Sin embargo, como se puede apreciar menos de 70% de los expertos consideraron “comprensible” las preguntas 11, 13, 14, 16 y 18, lo que sugiere dificultad en la interpretación de lo que se pretende evaluar a través de él. Hubo mayor dificultad en el segundo criterio donde 14 de las 20 preguntas evaluadas que corresponde al 70% de ellas, no eran sensibles a variaciones, es decir, que no se distinguía entre los que saben y los que no saben. Las preguntas 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18 y 21, según la evaluación de los expertos no tenían suposiciones básicas justificables. Las preguntas 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 no poseían componentes claros. Las preguntas 16 y 18 no se podían obtener factibles.

Dado que se consideró que menos o igual al 70% de los expertos evaluaran como no adecuado, en función de los criterios de Moriyama alguna pregunta debería ser modificada, se realizaron cambios en el diseño de las preguntas antes mencionadas.

Luego de la evaluación cinco preguntas fueron modificadas (9, 11, 12, 14 y 18), y tres eliminadas (7, 13 y 16). Quedando la encuesta al final conformada por 22 preguntas, divididas en 2 secciones, 4 preguntas que valoran los aspectos sociodemográficos y 18 preguntas que valoran el conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial.(Anexo 2)

Con la encuesta se analiza el conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial a partir de preguntas definidas:

Cuestionario de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial.

Identificación de factores de riesgo para hipertensión arterial: preguntas 5,6, 7, 14

Hábitos nocivos relacionados con hipertensión arterial: preguntas 9, 10, 11

Diagnóstico de hipertensión arterial: pregunta 12

Hábitos alimentarios que desencadenan hipertensión arterial: pregunta 8

Medidas de control y prevención de factores de riesgo para hipertensión arterial: preguntas 13, 15, 17

Complicaciones de la hipertensión arterial: pregunta 16

El instrumento confeccionado fue aplicado por la autora de la investigación en la consulta o en el domicilio de los adultos jóvenes incluidos en el estudio, en todos los casos se garantizó la privacidad de la persona encuestada y la investigadora durante el transcurso de la recogida 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.

17.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de Técnica
Conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre hábitos nocivos relacionados con hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre diagnóstico de hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre hábitos alimentarios que desencadenan hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre medidas de control y prevención de factores de riesgo para hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre complicaciones de la hipertensión arterial	Encuesta
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Autoidentificación étnica	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Componentes de la estrategia de intervención	Encuesta

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los datos obtenidos se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y posteriormente se exportaron a SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 15.0 y la información se presentó en formas de tablas y gráficos. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (números absolutos y porcentajes).

16.3 Variables

12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Valor Final	Indicador	Tipo de Escala
Variable de interés			
Conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial	Conoce No conoce	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa ordinal
Variables de caracterización			
Edad	20-24 25-29 30-34 35-39	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
Sexo	Masculino Femenino	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
Escolaridad	Básico Bachiller Superior	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
Estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
Autoidentificación étnica	Indígena Afroecuatoriano Mestizo Blanco Otros	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
Ocupación	Estudiante Ama de casa Jornalero Empleado público Empleado privado Empleada doméstica Independiente Jubilado Desempleado	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
Temas sobre factores de riesgo para hipertensión arterial	Identificación de factores de riesgo para hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
	Control de los factores de riesgo de hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal

	Complicaciones de la hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
	Hábitos alimentarios que desencadenan hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
	Diagnóstico de hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
	Relación entre edad y aparición de hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
	Medidas para la prevención de hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
	Influencia de hábitos tóxicos en la hipertensión arterial	Porcentaje y números absolutos	Cualitativa nominal
Componentes de la estrategia de intervención	Tipo de estrategia Frecuencia Tiempo Número de personas	Porcentajes y números absolutos	Cualitativa nominal

14 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 167 adultos jóvenes no hipertensos, el sexo predominante fue el femenino con el 68,9% (115 mujeres) de los participantes con similar comportamiento en todos los grupos de edad. Los grupos de edad que predominaron fueron los de 20-24 años (30,5%; 51 personas) seguido del grupo de 35-39 años, con un 29,3%; 49 adultos jóvenes), en ambos con similar comportamiento en el sexo femenino, no así en el masculino donde se observó un mayor porcentaje en el grupo de 20 -24 años. Tabla 1.

Tabla 1: Distribución de adultos jóvenes no hipertensos según edad y sexo. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 – 24	17	32,7	34	29,6	51	30,5
25 – 29	12	23,1	22	19,1	34	20,4
30 – 34	8	15,4	25	21,7	33	19,8
35 – 39	15	28,8	34	29,6	49	29,3
Total	52	100,0	115	100,0	167	100,0

Según la escolaridad, se observó el nivel secundario con un 58,1 % (97 adultos jóvenes) en ambos sexos, seguido del nivel primario con el 27,5 % (46 personas), teniendo el mismo comportamiento en ambos sexos. Aunque se observó el nivel secundario en ambos sexos, existe un incremento de nivel educacional en mujeres. (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según escolaridad. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 –Junio 2016.

Escolaridad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	17	32,7	29	25,2	46	27,5
Secundaria	28	53,8	69	60,0	97	58,1
Superior	7	13,5	17	14,8	24	14,4
Total	52	100,0	115	100,0	167	100,0

En relación al estado civil de la población estudiada se aprecia un predominio del estado unión libre representado por el 49,1% (82 adultos jóvenes) de los casos, seguido de la condición soltero con el 27,5 % (46 encuestados) y casado con el 21,6% (36 personas). Ver Tabla 3.

Tabla 3: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según estado civil. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Estado civil	Nº	%
Unión libre	82	49,1
Soltero	46	27,5
Casado	36	21,6
Viudo	2	1,2
Divorciado	1	0,6
Total	167	100,0

En la distribución según la autoidentificación étnica, predomina la mestiza con un 84.4% (141 adultos jóvenes), seguido del mulato y el blanco que representan el 3% cada uno (5 personas). Ver Tabla 4.

Tabla 4: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según autoidentificación étnica. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Autoidentificación étnica	Nº	%
Mestizo	141	84,4
Blanco	5	3,0
Mulato	5	3,0
Montubio	4	2,4
Indígena	3	1,8
Afroecuatoriano	3	1,8
Negro	3	1,8
Indígena	3	1,8
Otros	3	1,8
Total	167	100,0

La ocupación que predominó en los encuestados fue ama de casa (41,3 %; 69 mujeres), seguida de empleados en el sector privado con el 14,4 % (24 adultos jóvenes). Ver tabla 5.

Tabla 5: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según ocupación. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Ocupación	Nº	%
Ama de casa	69	41,3
Empleado privado	24	14,4
Estudiante	18	10,8
Independiente	17	10,2
Obrero	14	8,4
Empleado público	13	7,8
Desempleado	7	4,2
Empleada doméstica	5	3,0
Total	167	100,0

En cuanto a la distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según el conocimiento previo de los factores de riesgo de la HTA encontramos que el 91% (152 adultos jóvenes) no conocen sobre el tema, siendo el sexo masculino el que tiene menos conocimiento, con un 94,2% (49 hombres). Ver Tabla 6.

Tabla 6: Distribución de adultos jóvenes no hipertensos según conocimiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial y sexo. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Evaluación del conocimiento	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No conoce	49	94,2	103	89,6	152	91,0
Conoce	3	5,8	12	10,4	15	9,0
Total	52	100	115	100,0	167	100,0

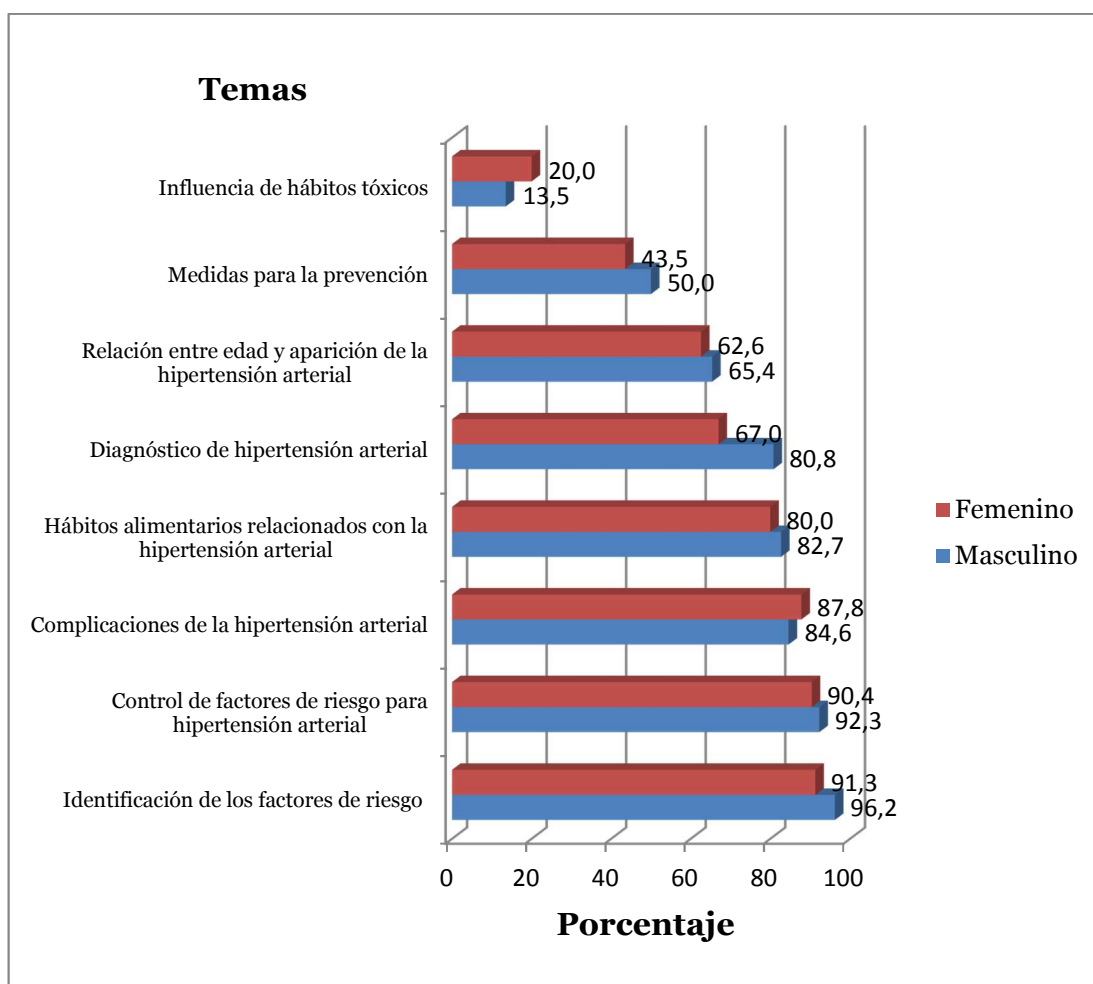
Con relación al nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en los adultos jóvenes no hipertensos el 92,8 (155 encuestados) no identifica los factores de riesgo de la hipertensión arterial, el 91,0 % (152 personas) desconoce la importancia del control de los factores de riesgo, el 86,8% (145 adultos jóvenes) no conoce las complicaciones de la hipertensión arterial, el 80,8% (135 personas) desconoce los hábitos alimentarios relacionados con la hipertensión arterial, mientras que el 82,0% (137 adultos jóvenes) conoce la influencia de los hábitos tóxicos relacionados con la hipertensión arterial. (Tabla 7).

Tabla 7: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según el nivel de conocimiento de los temas relacionados con la hipertensión arterial. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Tema	Conocimiento			
	Conoce	%	No conoce	%
Identificación de los factores de riesgo para hipertensión arterial.	12	7,2	155	92,8
Control de factores riesgo de hipertensión arterial.	15	9,0	152	91,0
Complicaciones de la hipertensión arterial.	22	13,2	145	86,8
Hábitos alimentarios relacionados con hipertensión arterial.	32	19,2	135	80,8
Diagnóstico de hipertensión arterial según cifras de tensión arterial.	48	28,7	119	71,3
Relación entre edad y aparición de hipertensión arterial	61	36,5	106	63,5
Medidas para la prevención de la hipertensión arterial	91	54,5	76	45,5
Influencia de hábitos tóxicos en hipertensión arterial	137	82,0	30	19,7

Según la distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según el sexo y el nivel de conocimiento de los temas relacionados con hipertensión arterial, el 96,2% del sexo masculino no identifican los factores de riesgo para hipertensión arterial, el 92,3% no conocen la importancia del control de los factores de riesgo de la hipertensión arterial, el 82,7% no conoce la influencia de hábitos alimentarios con la hipertensión, el 80,8% no conocen sobre el diagnóstico de ésta enfermedad, mientras que el 87,8% del sexo femenino no conocen sobre las complicaciones de la hipertensión arterial y el 20% no conocen sobre la influencia de los hábitos tóxicos en la hipertensión arterial. Ver gráfico 1.

Gráfico 1: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según sexo y nivel de conocimiento de los temas relacionados con la hipertensión arterial. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.



Fuente: Tabla 7.

En relación a las fuentes de obtención de información sobre factores de riesgo de HTA de los adultos jóvenes no hipertensos un 43,1% (72 encuestados) manifiestan obtener la información dada en el centro de salud, y un 24% (40 adultos jóvenes) refiere que ha adquirido algún conocimiento a través de la televisión. (Tabla 8).

Tabla 8: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según las fuentes de obtención de información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Fuente de obtención de información.	Nº	%
Centro de salud	72	43,1
Televisión	40	24,0
Familiares	26	15,6
Información recibida por otro personal de salud	20	12
Radio	9	5,4
Total	167	100,0

En cuanto a las vías que prefieren los adultos jóvenes obtener la información sobre factores de riesgo de HTA se encontró que el 64,7% (108 encuestados) desea adquirirla a través de las charlas que se le impartan en el centro de salud o en la comunidad, con predominio del sexo femenino con el 69,6% (80 mujeres), seguido de un 16,7% (28 adultos jóvenes) por la visualización de videos que se proyecten, predominando el sexo masculino con el 25% (13 hombres) y un 12,6% (21 encuestados) eligieron las reuniones grupales, con igual comportamiento en ambos sexos. (Tabla 9).

Tabla 9: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según vía de preferencias para recibir la información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial y sexo. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Vías de preferencia para recibir información	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Charlas	28	53,8	80	69,6	108	64,7
Videos	13	25	15	13	28	16,7
Reuniones grupales	7	13,5	14	12,2	21	12,6
Materiales impresos	3	5,8	3	2,6	6	3,6
Otros	1	1,9	3	2,6	4	2,4
Total	52	100,0	115	100,0	167	100,0

En relación a la frecuencia con que desean obtener la información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial de los adultos jóvenes no hipertensos el 34,7% (58 encuestados) refiere que desean que se realice con frecuencia semanal, con predominio del sexo masculino con un 38,5% (20 hombres), seguido del 34,1 refiere mensual, predominando el sexo femenino 37,4% (43 mujeres), y el 31,1% (52 adultos jóvenes) desea que se realice quincenal. Ver Tabla 10.

Tabla 10: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según la frecuencia con que desean recibir la información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Frecuencia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Semanal	20	38,5	38	33,0	58	34,7
Quincenal	18	34,6	34	29,6	52	31,1
Mensual	14	26,9	43	37,4	57	34,1
Total	52	100,0	115	100,0	167	100,0

El tiempo disponible para la obtención de la información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial de los adultos jóvenes no hipertensos, el 52,7% (88 encuestados) de los pacientes refieren que debe ser 30 minutos, seguido de un 24% (40) que prefieren 15 minutos y el 23,4% (39 adultos jóvenes) prefieren una hora. (Tabla 11).

Tabla 11: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según el tiempo disponible para la obtención de información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial y sexo. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Tiempo disponible	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 minutos	11	21,2	29	25,2	40	24
30 minutos	28	53,8	60	52,2	88	52,7
1 hora	13	25	26	22,6	39	23,3
Total	52	100	115	100	167	100

En cuanto al número de personas con la que desea recibir la información sobre temas de hipertensión arterial, el 43,7% (73 encuestados) refiere que quiere compartirla con alrededor de 5 a 10 personas, de ellos el 47% (54 mujeres) corresponde al sexo femenino, seguido del 34,7% (58 adultos jóvenes) que prefiere en grupo de 11 a 15 personas, predominando el sexo masculino con un 40,4% (21 hombres) y un 21,6% (36 adultos jóvenes) refiere que desea se le imparta de forma individual, con igual comportamiento en ambos sexos. (Tabla 12).

Tabla 12: Distribución de los adultos jóvenes no hipertensos según el número de personas con la que desea recibir la información sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015 – Junio 2016.

Número de personas	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solo	12	23,1	24	20,9	36	21,6
5 a 10	19	36,5	54	47,0	73	43,7
11 a 15	21	40,4	37	32,2	58	34,7
Total	52	100,0	115	100,0	167	100,0

En relación a los componentes de la estrategia de intervención educativa según los temas relacionados a los factores de riesgo para hipertensión arterial, la estrategia queda conformada por 6 temas, distribuidos en 8 sesiones, semanal y quincenalmente, a través de charlas. Temas como diagnóstico y complicaciones; y medidas para la prevención de la hipertensión arterial serán impartidos en grupos separados de hombres y mujeres, con una duración de 30 y 60 minutos cada sesión.

Tabla 13: Distribución de los componentes de la estrategia de intervención educativa según los temas relacionados a los factores de riesgo para hipertensión arterial. Consultorio 11. Centro de Salud Pascuales. Julio 2015-Junio 2016.

Tema	Nº de sesiones	Frecuencia	Técnica	Personas a quien se les impartirá la información	Duración
Factores de riesgo para hipertensión arterial	2	Semanal	charla	ambos sexo	60 minutos
Diagnóstico y complicaciones de la hipertensión arterial	1	Semanal	charla	grupo de hombre y de mujeres	30 minutos
Hábitos alimentarios relacionados con la hipertensión arterial	2	Semanal	charla	ambos sexo	30 minutos
Medidas para la prevención de la hipertensión arterial	1	Semanal	charla	grupo de hombres y de mujeres	30 minutos
Influencia de hábitos tóxicos en hipertensión arterial	2	quincenal	charla	ambos sexos	30 minutos

DISCUSIÓN

Los grupo de edad que predomina en el estudio es el grupo de 20-24, coincidiendo con los resultados obtenidos en el ASIS (Análisis Situacional de Salud) de la Parroquia Pascuales en el 2014 con un 17% y los resultados de la encuesta nacional del INEC del 2010 con un 19%, el sexo predominante fue el femenino con un comportamiento similar en todos los grupos de edades, al igual que los datos del ASIS 2014, el cual reporta que el sexo femenino representa el 51% de la población de Pascuales y en los datos del INEC 2010 el sexo femenino está representado por un 50,2% de la población de Ecuador. (60, 61)

Según el nivel de escolaridad, predomina el nivel secundario, no coincidiendo con los datos obtenidos en el ASIS de la Parroquia Pascuales 2014 ni con la encuesta nacional del INEC del 2010, donde el nivel de escolaridad predominante es el básico con un 60% y 56,4% respectivamente, se considera que esta diferencia obedece a la poca representatividad de la muestra y el área geográfica reducida donde se realizó el estudio. (60, 61)

En relación al estado civil de la muestra estudiada se aprecia un predominio del estado unión libre seguido de la condición de soltero. Este resultado no se corresponde con los obtenidos por la encuesta nacional del INEC del año 2010 donde predomina el grupo de solteros con un 35,5%, este comportamiento obedece a la situación económica desfavorable que presentan, dado por el bajo nivel de empleo, donde predomina la condición de ama de casa de las mujeres quienes a su vez constituyen el mayor porcentaje de la muestra. (61)

En cuanto a la autoidentificación étnica, predomina la mestiza con un mayor porcentaje, coincidiendo con los resultados obtenidos por la encuesta nacional del INEC del año 2010 con un 91% y con los datos obtenidos en el ASIS de la Parroquia Pascuales 2014, con un 72,6%.(60, 61)

Según la ocupación de los adultos jóvenes en estudio se puede apreciar que el grupo que predomina es el de las amas de casa seguido por el grupo ocupado por empleados en el sector privado, lo que coincide con los datos del ASIS del Centro de Salud de Pascuales del 2014, donde las amas de casa representan un 28%, no siendo así con la Encuesta nacional del INEC en la cual predomina el empleado privado con un 39,7%. (60, 61)

Con respecto al nivel de conocimiento previo de los factores de riesgo de la hipertensión arterial, hay un alto porcentaje de pacientes que no conocen sobre el tema, siendo el sexo masculino el que tiene menos conocimiento, además el estudio mostró que la mayoría de los adultos jóvenes no hipertensos encuestados desconoce la importancia del control de los factores de riesgo, no conoce las complicaciones de la hipertensión arterial y los factores de riesgo relacionados con la hipertensión arterial, lo cual coincide con un estudio realizado en Venezuela en el año 2011 por Querales M. y colaboradores donde el 55,47% de los participantes conocen sobre la enfermedad y el 14,7% identifican los factores de riesgo cardiovasculares (62).

Además coincide con el estudio realizado en Bilbao-España en 2014 por Peña J. cuyo desconocimiento del tema es del 55,6% de los encuestados (63), y con un estudio realizado en Guatemala en el 2011 por Mendoza L y colaboradores, cuyo conocimiento es del 51,3% de los participantes (64), mientras que difiere con un estudio realizado en Ecuador en el año 2015 por Merino C. donde el nivel de conocimiento asociado a los factores de riesgo para hipertensión arterial es alto, con un 64,8%. (65)

En relación a las fuentes de obtención de información sobre factores de riesgo de HTA de los adultos jóvenes no hipertensos el mayor porcentaje manifestó haberla obtenido a través del Centro de Salud.

En cuanto a las vías de preferencia para obtención de información sobre el tema un mayor porcentaje refirió que desea adquirirla a través de las charlas que se le impartan en el centro de salud o en la comunidad, la mayoría señaló que desea que se realice con una frecuencia semanal, con una duración de 30 minutos y en grupo de 5 a 10 personas.

En relación al impacto que tiene una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de factores de riesgo según el estudio realizado en Cuba en el 2015 por Suárez R, se observó que el nivel de conocimientos en la población estudiada aumentó sobre todo en temas relacionados con el hábito de fumar y la obesidad en el 100%, la inactividad física en el 97,5% y la hipertensión arterial en el 95,0%. (66), igual que el estudio realizado en Camaguey-Cuba en el 2011 por Ruíz D. y colaboradores, donde después de la intervención educativa se logra incrementar los conocimientos sobre el hábito de fumar y obesidad en el 100% y la hipercolesterolemia y el sedentarismo en el 81,2%. (67)

15 CONCLUSIONES

El grupo de edad que predomina en el estudio es el de 20 a 24 años, el mayor porcentaje de los participantes son mujeres, con nivel de instrucción secundaria, de raza mestiza y amas de casa.

En su gran mayoría los adultos jóvenes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial, siendo en un mayor porcentaje los hombres, dentro de los temas que menos conocen son identificación y control de factores de riesgo, complicaciones de la enfermedad, los hábitos alimentarios que se relacionan con la hipertensión y el diagnóstico de la misma, esto afirma la necesidad de realizar estrategias de intervenciones educativas que no sólo eleven el nivel de conocimiento de la población adulta joven, sino también motiven a la adopción de estilos de vida saludables para reducir los factores de riesgo que llevan a padecer de hipertensión arterial.

El diseño de la estrategia de intervención educativa quedó conformado por 8 sesiones, que se realizarán semanal y quincenalmente con una duración de 30 y 60 minutos cada sesión, divididas en 6 grupos de 27 y 28 personas, los temas serán impartidos a través de diferentes técnicas como charlas y videos.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Aplicar la estrategia de intervención con el objetivo de educar a la población sobre la importancia del conocimiento de los factores de riesgo de hipertensión arterial para reducir la incidencia y prevalencia de ésta enfermedad y sus complicaciones, así como, lograr cambios positivos en los estilos de vida y elevar el nivel de salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 7 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2224-60.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
4. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WH_D_2013.2_spa.pdf?ua=1
5. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza A, Medina-García C, Barquera-Cervera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud pública México* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Jul 29]; 55 (Suppl2): S144-S150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es.
6. Lira M, Impacto de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Rev. Medica clínica Condes*. 2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-linkresolver-impacto-de-la-hipertension-arterial-90431583>
7. Ortiz M. H, Vaamonde M. R, Zorrilla T. B, Arrieta B. F, Casado L. M, Medrano A. M. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2011 Agosto [citado 2015 Jul 29]; 85(4): 329-338. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272011000400002&script=sci_arttext
8. Wilma B, Freire et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012. Ecuador. 2014. Tomo I pág. 505. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
9. Plan Nacional del buen vivir 2013-2017. Disponible en: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
10. OMS. Obesidad y sobrepeso. Centro de prensa [Internet]. 2015. [citado el 13 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

11. Wilma B. Freire et al, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012. Tomo I pag 248-251.
Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas Sociales/ENSANUT/MSP ENSANUT-ECU 06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
12. Wilma B. Freire et al, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012. Tomo I pág 658-659. Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas Sociales/ENSANUT/MSP ENSANUT-ECU 06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
13. Plan Nacional del Buen Vivir Ecuador 2013. Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>
14. Rodríguez R. M., Domínguez P. M., Rodríguez V. L. La hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados. Factores de riesgo. Cuba. 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc131d.pdf>
15. López-Jaramillo P, Sánchez R. A, Díaz M, Cobos L, Bryce A, Parra-Carrillo J, et. Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Universidad de Santander (UNDES). Colombia. 2013. Rev. Med 21 (1): 113-135. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v21n1/v21n1a12.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Cardiovascular diseases in countries of the Americas. 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10213&Itemid=41160&lang=es
17. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social/Ministerio de Salud Pública. Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. 2011. Ecuador. [citado 2015 Sep 05]. Disponible en: [https://www.iesg.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01 de junio 2011 v.pdf](https://www.iesg.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf)
18. Adán G.FM., Beloscar Ll. A., Dall'Anese S. C., Martínez S. J. Protocolo de hipertensión arterial. Rioja-España. 2014. [Internet]. Disponible en: http://www.srhta-rv.org/uploads/contenido_subapartado/13_10_protocolo_contenido_subapartado.pdf
19. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Perú. 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-MINSA.pdf>
20. Rondón N. M., Rondón G. A., Guerra A. O. Manual clínico de hipertensión arterial. (Tesis).Venezuela. 2013[Internet]. Venezuela. Universidad los Andes. [citado 06 sep 2015]. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/37250/1/manual_clinico_hta.pdf
21. Andino P. D. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa en el dispensario del IESS de

- Cotocollao. [Tesis]. Universidad Central del Ecuador. 2013. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1892/1/T-UCE-0008-24.pdf>
22. Santamaría R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. *Rev. NefroPlus. Asturias.* 2015;7(1):11-21. Disponible en: file:///D:/Nueva%20carpeta/DISCO%20LOCAL%20D/ORLANDO/X1888970015445537_S300_es.pdf
 23. Molina D. R, Martí C. J. JNC-7 Hipertensión Arterial. *New Association Academic, Journal Public Global of Medicine.* 2016. Disponible en: <http://www.nasajpg.com/2016/01/25/jnc-7-hipertension-arterial/>
 24. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, Christiaens T, et al. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2013) 34, 2159–2219. Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/28/2159.full.pdf>
 25. Elosua R., Lucas G., Tomás M. Avances en el conocimiento de las genéticas del control de la presión arterial. España. 2011. *Rev. Nefrología. [Internet]* 2(1):102-110. Disponible en: <http://previous.revistanefrologia.com/revistas/P5-E522/P5-E522-ES.pdf>
 26. Zuñiga H. E., González A. A., Reynoso Vázquez J., Vázquez A. P., Ruvalcaba L. J. Factores de riesgo que predisponen a padecer hipertensión arterial en mayores de 20 años. *Rev. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). México.* 2015. [Internet]; 4(7). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/857/855>
 27. Echemendía T. B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet].* 2011 Dic [citado 2016 mayo 09]; 49(3): 470-481. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>
 28. Medina M. A., Batista S. T., Rodríguez B. B., Chaviano C. M., Jiménez M. N., Noda R. T. Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Gac Méd Espirit [Internet].* 2014. [citado 06 sept 2015]; 16 (2): 64-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000200008
 29. Garcia W, Rodriguez V, Arriola C, Mazariegos E. Predicción temprana del desarrollo de hipertensión arterial. *Rev. Guat.[Internet].* 2014 [citado 06 sept 2015] 24 (1): 15-17. Disponible en: <http://revista.agcardio.org/wp-content/uploads/2014/05/5-RGC-24-1-HTA.pdf>
 30. Ponte C. I., Arocha I., Isea-Pérez J., Gómez-Mancebo JR., Ablan F., Colán-Párraga J, et. III Consenso Nacional para el manejo del paciente con dislipidemia. Venezuela. *Avances Cardiol. [Internet].* 2014;34(2): 65-66. Disponible en: <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/71/70>

31. Ferrer A. Marlene, Fernández- Britto R. J, Alonso M. M., Carballo M. R., Pérez A. Héctor. Asociación del peso al nacer con sobrepeso e hipertensión arterial en adolescentes. Rev. Haban. Cienc. Méd. [Internet]. 2015 Feb [citado 2016 Mayo 09] ; 14(1): 22-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100005&lng=es.
32. Dueñas A. La hipertensión arterial. Rev. cubana med [Internet]. 2011 Sept [citado 2012 Jul 29]; 50(3): 232-233. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
33. Abad A. N, Araujo F. V, García V. I. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en adultos, Centro de Salud N° 1 del Cantón Cañar, 2014. (Tesis). Universidad de Cuenca. Ecuador. 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22439/1/TESIS.pdf>
34. Navarro L. E, Vargas M. R. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. Rev. Cient. Sal. Uninorte. [Internet] 2009[citado 2016 May 11]; 1(25): 88-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a09.pdf>
35. Lares M, Velazco Y, Brito S, Hernández P, Mata C. Evaluación en el estado nutricional en la detección de riesgo cardiovascular en una población adulta. Rev Lat de Hipert. [Internet]. 2011. [citado 06 sept 2015]; Vol 6 (1): 1-7. Disponible en: http://www.revistahipertension.com/rlh_6_1_2011/hoja2.html
36. Rojas J, Bermúdez V, Leal E, Cano R, Luti Y, Acosta F, et. Insulinorresistencia e hiperinsulinemia como factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. AVFT [Internet]. 2008 Jun [citado 2016 Jun 10] ; 27(1): 29-39. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642008000100008
37. León-Lastre M, Moreno-Franco B, Ledesma M, Laclaustra M, Alcalde V, Peñalvo J, et. Sedentarismo y su relación con el perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. Rev Esp. [Internet]. 2014. [citado 2016 Jun 11]; 67(6). Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/sedentarismo-su-relacion-con-el/articulo/90323398/>
38. Espinoza R, García-Vera M, Sanz J. Hipertensión. Rev Elsevier. [Internet]. 2012. [citado 2016 Jun 11]; 29 (2): 44-49. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/257734090_Factores_psicosociales_implicados_en_el_control_de_la_hipertension_arterial/links/00b49528628c87403d000000.pdf
39. Rehm J, Gmel G, Sierra C, Gual A. Reducción de la mortalidad mediante una mejor detección de la hipertensión y los problemas con el alcohol en atención primaria de salud en España. Rev Adic. [Internet] 2016. [citado 2016 Ag 12]; XX (X). Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/726/811>
40. World Health Organization (WHO). Guideline: Potassium intake for adults and children. 2012. Disponible en:

http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/potassium_intake_printversion.pdf

41. Lamelas P, Orlandini A, Diaz R, Yusuf S. Consumo de sodio, presión arterial y eventos clínicos. Rev. FAC. [Internet] 2015. [citado 2016 Ag 12]; 45 (3). Disponible en: <http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44s2/articulos/yusuf.php>
42. Álvarez P. J. Significado de la hipertensión arterial enmascarada en niños y adolescentes. [tesis doctoral]. Valencia (Esp): Universidad de Valencia; 2014. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/36665/Tesis%20JulioAlvarez%20Pitti%202014.pdf;sequence=1>
43. OMS/OPS. 2013. Cuídate con la sal, América. Guía para la acción en los países. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22100&Itemid=270&lang=es
44. Lanas Z. F, Serón S. K. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet] 2012. [citado 2016 Ag 12]; 23 (6): 699-705. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0716864012703711/1-s2.0-S0716864012703711-main.pdf?tid=fe8c4ae6-a6dc-11e6-bof9-00000aabofo2&acdnat=1478738057_d5f5aae889080c1bab28d74436836366
45. Díaz C. A. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial. Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC).Argentina. 2014. Disponible en: http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Clinica-Medica/Cli-74%20Hipertension%20Arterial_v2-14.pdf
46. Colombiana de Salud S.A. Guía de Atención de Hipertensión Arterial. Colombia. 2014. Disponible en: <http://www.colombianadesalud.org.co/MEDICINA/GUIAS/GUIA%20HTA%202014.pdf>
47. Ministerio de Salud (MINSA). Perú. 2015. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-MINSA.pdf>
48. Sosa-Rosado J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Rev. An. Fac. med. [Internet] 2010. [citado 2016 Ag 12]; 71 (4): 241-244. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4>
49. Ortellado M. J, Ramírez A, González G, Olmedo F. G, Ayala D. M, Sano M, et al. Programa nacional de prevención cardiovascular MSP y BS. Rev. Virt. Soc. Parag. [Internet] 2015. [citado 2016 Oct 12]; 3 (2) 11-57.

- Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2016/05/CONSENSO-HTA-PNPC.pdf>
50. Melgarejo R. E, Huertas R. D, Rozo M. L, Ospina A. J, González-Quevedo L. Tratamiento de la hipertensión y el impacto de los cambios en el estilo de vida en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev. Med. [Internet] 2011. [citado 2016 Ag 12]; 19(1): 16-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n1/v19n1a02.pdf>
 51. Touriñán L. J. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada pedagógica. España. 2011. Rev Port. [internet]. Disponible en: <https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5325/2/29%20%20Intervencion%20Educativa,%20Intervencion%20Pedagogica%20y%20Educacion-%20La%20Mirada%20Pedagogica.pdf?ln=pt-pt>
 52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2014. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
 53. Jiménez E. D. La intervención educativa: Una visión holística de los problemas sociales. México. 2007. Disponible en: http://upn291.edu.mx/revista_electronica/DanielIntervencion.pdf
 54. Santacreu M. J. Protocolo general de intervención clínica en Psicología. Madrid. 2011. Disponible en: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf
 55. Olivero I. manual básico de epidemiología en alimentación y nutrición. Argentina. 2013. Disponible en: <http://www0.unsl.edu.ar/~disgraf/neuweb2/pdf/Manual%20basico%20de%20Epidemiologia%20en%20alimentacion%20y%20nutricion.pdf>
 56. Rodríguez U. M. Estrategia de intervención. Algunos aspectos metodológicos y epistemológicos. Chile 2010. [internet] Disponible en: <https://metodologiasdelainvestigacion.wordpress.com/2010/11/19/estrategias-de-intervencion-algunos-aspectos-metodologicos-y-epistemologicos/>
 57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2014. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
 58. Romero R. H, Paz S. C, Toscano R. D. Factores de riesgo hipertensivos en educación de la salud, mediación productiva para la salud conductual. Ecuador. UTB. 2016. Disponible en: http://www.pedagogia.edu.ec/public/docs/Comision_5/factores_de_riesgo_hipertensivos_en_educacion.pdf
 59. Constitución de la República del Ecuador, 2008, Capítulo I, sección segunda. Disponible en:

- http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/leytransparencia/literala/normasderegulacion/constitucion_republica_ecuador_2008.pdf
60. Centro de Salud Pascuales. Análisis situacional de salud Pascuales 2014.
61. INEC 2010. Ecuador. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>
62. Querales M, Ruiz N, Rojas S, Espinoza M. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. Rev. Salud Pública [Internet]. 2011; 13(5): 762. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000500004&lng=en.
63. Peña S. J. Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao. (Esp): Universidad Pública de Navarra; 2014. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%B1aSainzdeLaMaza.pdf?sequence=1>
64. Mendoza L, Murga F, Alfaro F. Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en estudiantes y catedráticos universitarios ajenos a las ciencias de la salud. Guatemala. Rev. Fac. Cien. Med. UFM. [internet] 2011; 1(12): 11-13. Disponible en: <https://www.yumpu.com/en/document/view/54189179/revista-de-la-facultad-de-medicina>
65. Merino C. Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre Hipertensión Arterial, además de su relación con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs población de pacientes no hipertensos, atendidos en el Centro de Salud Tipo C San Lorenzo-Esmeraldas durante el período Septiembre-Noviembre 2014. [tesis]. Esmeraldas (Ecu): Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8877/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. Suárez G. R, Menéndez C. J, Rodríguez L. A, Pérez B. M. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre factores de riesgo asociados a enfermedad cerebrovascular. Cuba. 2016. [internet] Disponible en: <http://www.tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/viewFile/130/56>
67. Ruiz C. D, García M. M, Antunez T. J, Rodríguez C. L. Intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia en pacientes con episodio de urgencia hipertensiva. AMC [Internet]. 2011; 15 (1): 1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000100003

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con
C.I. _____,
recibí de la Dra. _____ la información
sobre la investigación titulada propuesta de una estrategia de intervención
educativa para modificar los factores de riesgo para hipertensión arterial en
los adultos jóvenes perteneciente al consultorio N°11 del centro de salud de
Pascuales 2015-2016.
Durante la misma se me aplicarán varias preguntas con el objetivo de conocer
los factores de riesgo para hipertensión arterial, los datos aportados se deben
ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales a los que solo
tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.
Mi participación es absolutamente voluntaria y en cualquier momento de la
investigación puedo retirarme voluntariamente, así como decidí participar, sin
que ello conlleve a afeción alguna en la atención que recibo de la doctora y en
el centro de salud.
Doy mi consentimiento para que los resultados de la investigación sean
publicados, siempre que se mantenga el anonimato de mi persona.
He tenido la oportunidad de preguntar y se ha respondido en todos los casos,
conozco que si me surgen algunas dudas puedo dirigirme a la Dra. Lía Cuzco
en el consultorio N° 11 del centro de salud de Pascuales o al teléfono
0939624025.
Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento
conjuntamente con la autora en Guayaquil a los _____ días del mes de
_____ del 20 _____.

Nombre y Apellido de la paciente: _____
Firma: _____ C.I: _____
Nombre y Apellido de la autora: _____
Firma: _____ C.I: _____

ANEXO 2

Encuesta. Factores de riesgo de la hipertensión arterial en adultos jóvenes no hipertensos de la comunidad de Pascuales consultorio **11. Propuesta de estrategia de intervención educativa.**

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: ____ Código: ____

Sexo: Femenino ____ Masculino ____

1.- Nivel de escolaridad:

1. ____ Analfabeto(a)
2. ____ Primaria
3. ____ Secundaria
4. ____ Técnico
5. ____ Superior
6. ____ Universitario(a)

2.- Señale su estado civil actual

1. ____ Soltero/a
2. ____ Casado/a
3. ____ Unión libre
4. ____ Divorciado/a
5. ____ Viudo/a

3.- Señale con una X su auto identificación étnica

1. ____ Indígena
2. ____ Afro ecuatoriano
3. ____ Negro
4. ____ Mulato
5. ____ Montubio
6. ____ Mestizo
7. ____ Blanco
8. ____ Otros
9. ____ No sabe

4.- Señale con una X cual ha sido su ocupación principal en el último año.

1. ____ Estudiante.
2. ____ Ama de casa.
3. ____ Obrero.
4. ____ Empleado público.
5. ____ Empleado privado.
6. ____ Empleado domestico(a).
7. ____ Independiente.
8. ____ Jubilado.
9. ____ Desempleado

ASPECTO SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Señale con una x la respuesta que considere correcta:

5.- La hipertensión arterial se relaciona con:

1. ____ La herencia
2. ____ Consumo de sal
3. ____ Consumo de grasas
4. ____ Exceso de peso
5. ____ Consumo de tabaco
6. ____ Consumo de alcohol
7. ____ El estrés
8. ____ El consumo de drogas
9. ____ El embarazo
10. ____ La tiroides
11. ____ La edad
12. ____ La raza

6.- Piensa usted que los adultos jóvenes pueden padecer de hipertensión arterial?

1. ___ Si
2. ___ No
3. ___ No sé

7.- En hijos de padres hipertensos la aparición de ésta enfermedad es:

1. ___ Muy frecuente
2. ___ Poco frecuente
3. ___ No se relaciona
4. ___ No sé

8.- Qué alimentos cree ud que pueden estar relacionados con la hipertensión arterial?

1. ___ azúcares
2. ___ sal
3. ___ frituras
4. ___ carnes
5. ___ frutas
6. ___ vegetales

9.- Considera que el consumo frecuente de alcohol:

1. ___ No tiene efecto en la presión arterial
2. ___ Afecta la presión arterial
3. ___ No sabe

10.- Considera que tomar café todos los días:

1. ___ Afecta la presión arterial
2. ___ No afecta la presión arterial
3. ___ No sé

11. Considera que fumar cigarrillo o tabaco:

1. ___ No tiene efecto en la presión arterial
2. ___ Aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial
3. ___ No sé

12.- ¿A partir de qué cifras considera que una persona es hipertensa? (marque una sola).

1. ___ Mayor de 120/80
2. ___ Mayor de 140/90
3. ___ Mayor de 160/100
4. ___ Mayor de 170/110
5. ___ No sé

13.- ¿Por qué considera importante el control de los factores de riesgo que conllevan a la hipertensión arterial?

1. ___ Impiden que se presente la hipertensión arterial.
2. ___ Impide complicaciones como el daño cerebral o en los riñones.
3. ___ Impide complicaciones digestivas
4. ___ Impide alteraciones en la visión

14.- La aparición de la hipertensión arterial es frecuente en:

1. ___ Adolescente (persona entre los 10 – 19 años)
2. ___ Adulto joven (persona entre los 20 – 39 años)
3. ___ Adulto (persona entre los 40 – 64 años)
4. ___ Adulto mayor (persona entre los 65 años y más)

15. ¿Qué importancia le confiere al control de los siguientes factores que tienen relación con la aparición de hipertensión arterial?

Factores	Importancia que usted le confiere		
	Ninguna	Poco	Mucha
a.- Colesterol elevado			
b.- Obesidad			
c.- Estrés			
d.- Sedentarismo			
e.- Ansiedad			

16. En su opinión, señale cuáles son las complicaciones de la hipertensión arterial.

1. ___ Trombosis cerebral
2. ___ Infarto cardíaco
3. ___ Insuficiencia cardíaca
4. ___ Insuficiencia renal
5. ___ Cálculo de la vesícula
6. ___ No sabe

17.- ¿Cuáles de los siguientes aspectos considera útil para evitar la hipertensión arterial?

Aspectos	Si	No	No sé
a.- Práctica habitual de ejercicios físicos			
b.- Disminución en el consumo de sal			
c.- No ingerir cerveza			
d.- No ingerir gaseosas			
e.- No fumar			
f.- Mantenerse con peso adecuado			
g.- No ingerir frituras			

18.- La información sobre la Hipertensión arterial la ha obtenido a partir de:

1. ___ La radio.
2. ___ La televisión.
3. ___ Por información dada en el centro de salud.
4. ___ Por información de familiares.
5. ___ Charlas educativas dadas por el personal de salud.

19.- Por qué medio le gustaría recibir información sobre hipertensión arterial?

1. ____ Charlas
2. ____ Reuniones grupales
3. ____ Viendo videos
4. ____ Materiales impresos
5. ____ Otros

En caso de responder otros especifique cual: _____.

20.- ¿Con qué frecuencia usted podría recibir información sobre hipertensión arterial?

1. ____ Una vez a la semana
2. ____ Cada 15 días
3. ____ Una vez al mes

21.- ¿Con qué tiempo usted considera que dispone para recibir la información?

1. ____ 15 minutos
2. ____ 30 minutos
3. ____ 1 hora

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

1. ____ Sólo(a)
2. ____ Grupo de 5 a 10 personas
3. ____ Grupo de 11 a 15 personas

ANEXO 3

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

1. Título de la estrategia: Moviendo tu corazón, previenes la hipertensión.

2. Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarios: Adultos jóvenes no hipertensos del consultorio N° 11.

Autora: Md. Lía Verónica Cuzco Tello

Equipo técnico responsable:

Md. Lía Cuzco Tello (Estudiante de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria)

Dra. Suyen Rodríguez Meneses (Tutora de tesis)

Duración: 27 horas

Frecuencia: 30 minutos semanales.

Tiempo estimado: 3 meses

3. Justificación de la propuesta

La prevalencia mundial de hipertensión arterial en adultos de 18 años o más se situó en 2014 en alrededor de un 22%.

Según reportes estadísticos de la OMS en Ecuador en el año 2014 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue del 25%. Por la alta prevalencia que tiene en la actualidad la HTA y debido a que se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo atendiendo a múltiples factores de índoles económico, social, cultural, ambiental y étnico, asociado a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con los hábitos tóxicos, se hace necesario implementar estrategias de intervención y control que contribuyan a la reducción de la incidencia y morbilidad de enfermedades cardiovasculares mediante la adopción de estilos de vida saludable en la población.

Por la alta incidencia de los factores de riesgo de hipertensión arterial en los adultos jóvenes de la población de Pascuales se plantea una propuesta de intervención educativa como posible solución de ésta problemática, donde se vincule el sector de la salud con la comunidad abarcando de manera integral desde la perspectiva de la medicina familiar.

Esta estrategia debe basarse en el conocimiento de los factores de riesgo, promoviendo estilos de vida saludable para evitar la hipertensión arterial.

4. Objetivos

Objetivo General

Elevar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo de hipertensión arterial en el adulto joven no hipertenso.

Objetivos Específico

- Conocer la hipertensión arterial y sus complicaciones.
- Conocer las características de una dieta saludable.
- Conocer la importancia de la actividad física.
- Identificará los riesgos que conlleva el tabaco y el alcohol.

5. Fundamentación teórica:

La hipertensión arterial es un grave problema de salud a nivel mundial, ya que afecta tanto a países en vías de desarrollo como a países desarrollados. Es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatía, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (1) En la actualidad, a raíz que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó que cerca de un 20% de los jóvenes presentaron hipertensión arterial, diversos países han buscado calcular el riesgo de su población joven para el desarrollo de la enfermedad y de los factores que desencadenan la misma. (2)

Los principales factores de riesgo pueden ser no modificables como: edad, sexo, factores genéticos/historia familiar, y modificables, precisamente los de mayor interés, ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: tabaquismo, dislipidemia, sobrepeso/obesidad, sedentarismo y consumo excesivo de sal. (3)

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una mejor calidad de vida de la población. Durante los últimos años, el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la atención integral de la salud, fundamentadas en la necesidad de fortalecer el nivel primario de atención, que es el primer contacto con la población, lo que vino a cambiar el objetivo de la atención de la salud en ese nivel, trasladando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. (4)

El concepto de promoción de salud comienza a abordarse por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se reconoce formalmente el enfoque de cuidados primarios de salud, como estructura para el mejoramiento de la salud, adoptando la meta de salud para todos.(5)

Posteriormente en 1986, en Ottawa, Canadá, la OMS lleva a cabo la primera conferencia internacional, donde se define que promoción de salud es proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud, y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (5)

La promoción de la salud constituye un proceso social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud colectiva e individual. (6) La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la misma y por consiguiente, mejorarla. (7)

Con el fin de alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o las comunidades deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse al entorno.(7) Además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud. (8-10)

Para lograr sus objetivos la promoción de salud utiliza, entre otros elementos, tres importantes herramientas:

La información. Ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad. Incluye la motivación de estos hacia la adopción de decisiones favorables a la salud y refuerza el papel de los representantes del sector salud como asesores en este proceso.

2. *Educación para la salud.* Facilita el aprendizaje a través de experiencias, tanto formales como informales, que contribuyen al logro de conocimientos, actitudes y prácticas sustentadas sobre valores. Esto ayuda al individuo a elegir y tomar decisiones adecuadas para su salud y su bienestar.

3. *Comunicación social en salud.* Es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La comunicación puede también servir para generar actitudes positivas y hábitos saludables. Estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí y se complementan unas con otras. (7)

La educación para la salud tiene como objetivo, transmitir conocimientos que motiven y potencien el saber y el saber hacer, así como el desarrollo de conductas encaminadas a la conservación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, para lograr estilos de vida saludables. Orienta a los distintos grupos de la población, por lo que constituye un elemento esencial para que los ciudadanos puedan prevenir, y afrontar de una manera más autónoma, sus propios problemas de salud y los de su entorno.

La clave para que una persona pueda decidir estar sana, es primero, tener conocimientos precisos, fiables sobre cómo alcanzar un buen estado de salud, y sobre los diferentes factores de riesgos para su salud que se presenten en su vida cotidiana. Segundo, que disponga de conocimientos que le permitan realizar las mejores elecciones posibles y ponerlas en práctica. Tercero, que sepa de qué manera puede disfrutar de una buena salud personal, y qué hace falta para que su familia y su comunidad se mantengan sanas. (5)

Según Marc Lalonde, en 1974 señala que la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes así: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud.(9)

En el estilo de vida, se resumen los patrones de comportamiento estables del individuo, en los que influyen de forma dialéctica e interrelacionada las características personales individuales, las influencias de las relaciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, de forma que son flexibles y modificables.

Por esto se plantea como una tarea de salud la identificación de aquellos factores del estilo de vida que puedan significar un riesgo para la salud y desde la promoción y la prevención, proponer su modificación. (11)

Las estrategias se basan en conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir. Así, la promoción de salud implica fomentar factores que incidan en un estilo de vida saludable, evitando aquellos que generan anomalía o enfermedad. (6)

6. Metodología

La estrategia de intervención sobre factores de riesgo para hipertensión arterial fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población adulta joven no hipertensa donde incluyeron diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo, complicaciones, hábitos alimentarios que desencadenan la hipertensión arterial, diagnóstico, medidas de prevención e influencia de hábitos tóxicos.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención los 167 participantes serán distribuidos en 6 grupos; 5 grupos de 28 personas y 1 grupo de 27 personas.

La estrategia será implementada en un tiempo de 3 meses dividida en 8 sesiones con 30 minutos de duración cada una, de forma semanal, el tipo de actividad predominante serán las charlas. Además se determinará el local y el horario a utilizar para desarrollar dichas actividades.

Técnicas

En este programa se van a usar distintos métodos y actividades pedagógicas según los módulos:

En la primera, que es individual, utilizaremos la entrevista clínica/motivacional, y una pequeña charla con conceptos generales.

La segunda iniciará con lluvia de ideas, llegando a una discusión grupal y una puesta en común. Después una presentación PowerPoint con la información que necesitan conocer acerca de la HTA, y sus consecuencias.

En la tercera y cuarta sesión, utilizaremos una presentación PowerPoint, realizaremos taller de alimentación y un juego interactivo en grupo. Se dará también una tabla de alimentos a los participantes del programa y un esquema con las principales modificaciones dietéticas.

En la quinta se usará también presentación PowerPoint de la actividad física y se dará una pirámide de actividades a los participantes.

La sexta sesión será de manera individual, y estará basada en una conversación, se realizará una nueva valoración.

En la séptima, para comenzar los participantes realizarán una lluvia de ideas y una puesta en común sobre los hábitos tóxicos, después una presentación PowerPoint.

La octava y última será una conversación con una valoración a los 3 meses aproximadamente de acabar el programa.

7. Descripción de la propuesta

En primer lugar, invitaremos al programa de educación para la salud a la población adulta joven no hipertensa del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales de manera personal y se pondrán carteles en el centro de salud para que puedan acceder todas aquellas personas hipertensas que estén interesadas.

Se les entregará un folleto que ha de ser llenado con los datos personales de cada participante, que deberán llevar en la primera sesión, haciendo hincapié en los factores que puedan influir o estar relacionados con la alimentación, la actividad física y los hábitos tóxicos.

Una vez que tengamos 28 personas se cerrará cada grupo y se comenzará el programa, que consistirá de 8 sesiones, la primera será grupal y motivacional, la segunda será grupal y se tratará el concepto de hipertensión, consecuencias. La tercera y la cuarta, también grupales estará destinadas al tema de la alimentación, la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) y el consumo de sal.

La quinta será sobre la actividad física y la importancia de esta.

Después, la sexta, se hará una sesión individual, en la que se realizará una valoración para comprobar conocimientos adquiridos y en la que se realizará una nueva valoración.

La séptima irá destinada a los hábitos tóxicos y su relación con la hipertensión.

En la octava se citará al usuario en 15 días después de haber acabado el programa y se evaluarán resultados.

8. Desarrollo de la Propuesta

Sesión 1

Presentación y charla motivacional.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: a definir

Objetivos que se pretenden alcanzar:

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

Descripción:

La sesión comenzará con la presentación del médico y de cada uno de los adultos jóvenes, luego se dará a conocer el desarrollo del programa y los temas a tratar en cada sesión, después se dará una charla sobre conceptos generales de factores de riesgo para hipertensión arterial, posteriormente se realizará el llenado del folleto con los datos personales del participante, incluyendo las medidas antropométricas (peso y talla) y se terminará motivándolos para que asistan a las próximas sesiones del programa. Anexo 2

Sesión 2

Puesta en común de conceptos fundamentales de hipertensión arterial y la identificación sus factores de riesgo.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: a definir

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer la definición de hipertensión arterial.
- Identificar los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial.
- Conocer la importancia del control de los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial.

Descripción:

En esta segunda sesión comenzará dando lugar a una tormenta de ideas con unas preguntas como por ejemplo: ¿Qué es la hipertensión? ¿Cuáles son los factores de riesgo para hipertensión arterial? ¿Qué importancia tiene el control de estos factores?

Con una discusión grupal iremos anotando las ideas fundamentales en la pizarra, intentando llegar a una puesta en común. Con esto los participantes se darán cuenta desde el principio de lo que saben y lo que desconocen.

Después se pondrá una presentación en el computador, la cual comenzará con el concepto de hipertensión, los factores modificables y no modificables de ésta, y los riesgos que conlleva.

Por último, entre todos se corregirán las cosas apuntadas en la pizarra y se pondrá lo correcto con una pequeña explicación por parte del médico.

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

Sesión 3

Diagnóstico y complicaciones de la hipertensión arterial.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: a definir

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer el diagnóstico hipertensión arterial.
- Identificar las complicaciones de la hipertensión arterial.

Descripción:

En ésta sesión se comenzará saludando y preguntando cómo están de manera breve y se pondrá una presentación en el ordenador, ésta comenzará explicando cómo se diagnostica la hipertensión arterial. La segunda parte de la presentación se centrará en las complicaciones de la hipertensión arterial. Se les agradecerá la asistencia y se hará la invitación a la próxima sesión, explicando lugar y fecha y nos despediremos.

Sesión 4

Alimentación I

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: a definir

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Aprender la importancia de la alimentación en la hipertensión
- Conocer el índice de masa corporal (IMC)
- Identificar el sobrepeso y la obesidad.
- Conocer las principales modificaciones dietéticas

Descripción:

En esta cuarta sesión, se iniciará saludando, luego se pondrá una presentación en el ordenador, la cual se comenzará explicando brevemente la importancia de la alimentación en la hipertensión (ya conocíamos de la primera sesión que era uno de los principales factores de riesgo modificables). Se explicará el concepto de IMC, y en que cifras se considera delgadez, normalidad, sobrepeso u obesidad de los distintos tipos, recalcando que el sobrepeso y la obesidad también son factores de riesgo.

Posteriormente se explicara las principales modificaciones dietéticas, aquí daremos a los participantes la tabla para que la tengan. Anexo 3.

Por último les invitamos a la próxima sesión y nos despedimos.

Sesión 5

Alimentación II

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: a definir

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer los diferentes grupos de alimentos
- Conocer la pirámide de alimentos
- Medidas caseras para medir los alimentos
- Consejos prácticos
- Sal

Descripción:

En esta sesión, también dedicada a la alimentación, también nos ayudaremos de una presentación, en el que explicaremos los grupos de alimentos, hidratos de carbono, proteínas, grasa y vitaminas; y el porcentaje de cada una de ellas en cada comida.

Después se les dará a los participantes la pirámide de alimentación y se explicara un poco esta, se responderán dudas por parte de los participantes.

Anexo 3

Luego pasaremos a realizar un juego, que consiste en que el médico trae alimentos de plástico, envases vacíos, latas, etc. En este juego consiste en formar varios grupos de 4, los participantes separan los alimentos según el grupo, y se irán diciendo después en voz alta cuantas raciones se recomiendan aproximadamente al día/semana.

Después de haber realizado el juego y haber evaluado los conocimientos de los participantes, seguiremos con la presentación con unas medidas caseras para medir las raciones de los alimentos, como por ejemplo el plato del almuerzo: que se parte en 4 partes (2 partes de ensalada o vegetales, una de carne o pescado, y otro de patata, pasta o arroz).

Por último hablaremos la importancia de la sal en la hipertensión y de lo recomendable que es disminuir su consumo y en la cantidad que se aconseja consumirla.

Sesión 6

Actividad física

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: a definir

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer la importancia de la actividad física
- Identificar las actividades más adecuadas para cada persona
- Conocer el tiempo e intensidad recomendable.

Descripción:

En esta sexta sesión, iniciaremos saludando, seguido hablaremos de la importancia de la actividad física, preguntaremos si conocen lo que aporta a nuestra vida, todo esto será con ayuda de una presentación en el ordenador, por ultimo le daremos la pirámide de actividades. Anexo 5.

Posteriormente se explica las actividades más recomendables, ya los participantes se hacen una idea con su pirámide en la mano, y se habla de los niveles de intensidad adecuados y del tiempo que hay que dedicar a la actividad física, poniendo de manifiesto que es de gran importancia por lo menos el andar con intensidad media un tiempo de unos 30 minutos, tan solo con eso se verán unos resultados no solo físicos, además notaran como mejora su bienestar personal, autoestima, además de un control del peso y disminuirá su frecuencia cardiaca.

Sesión 7

Hábitos tóxicos

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Sala de reuniones.

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer cómo afecta el hábito tabáquico
- Conocer cómo afecta el alcohol.
- Conocer otros malos hábitos

Descripción:

Esta sesión comenzará preguntando a los participantes cuales son los hábitos tóxicos o nocivos que afectan a la salud y hacen que aumente la presión arterial, generando una lluvia de ideas y apuntando las principales ideas en el pizarrón. Luego se hablará de cómo afecta negativamente el tabaco en las personas, animando a los fumadores a reducir el consumo o dejar el hábito.

Después pasaremos al tema del alcohol, en el cual se subrayará que el alcohol no es malo en sí, que se puede tomar generalmente en mujeres un vaso y en hombres dos de alcohol (cerveza, vino), y no ser perjudicial, al revés, es incluso saludable para la salud. El problema es cuando se abusa, a partir de esa cantidad, el alcohol solo tiene efectos negativos, y uno de ellos es la subida de la presión arterial.

Otros hábitos que también se debe saber que son perjudiciales, y que aumentan la presión arterial son por ejemplo la cafeína, se recomienda no tomar nada de café en hipertenso, se deberá cambiar por descafeinado.

Para concluir nos despediremos e invitaremos a la próxima y última sesión del programa educativo.

SESIÓN 8

Evaluación y cierre del programa de intervención

Tipo de sesión: grupal

Duración: 60 minutos

Lugar: a definir

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Identificar conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores
- Conocer si ha instaurado en su vida cambios en los hábitos de vida
- Comprobar si ha cambiado su peso.
- Motivar a los participantes a adoptar estilos de vida saludables.

Descripción:

Esta sesión es el cierre de este programa de educación para la salud, y se llevará a cabo luego de 2 meses de haber realizado la sesión 7, por lo cual se evaluará los cambios que se han producido en las personas desde que comenzó el programa, esto se lo hará mirando el cuestionario de la primera encuesta, y los hábitos tóxicos de cada persona. Además preguntaremos sobre los hábitos saludables en modo de conversación y para comprobar que se han instaurado cambios en su estilo de vida pesaremos a cada uno de los participantes.

Posteriormente aplicaremos una encuesta sobre los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial, que fue aplicada antes de iniciar el programa educativo, con esto evaluaremos de manera objetiva los conocimientos adquiridos sobre el tema (pos test).

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

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad a desarrollar	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación del programa de intervención	X											
Conociendo la HTA y sus factores de riesgo		X										
Diagnóstico y complicaciones de la HTA			X									
Aprendiendo a alimentarnos I				X								
Aprendiendo a alimentarnos II					X							
Moviendo nuestro cuerpo						X						
Hábitos tóxicos								X				
Evaluación y cierre del programa de intervención											X	

10. PRESUPUESTO

Los recursos que van a ser necesarios para llevar nuestras sesiones son;

Recursos humanos:

- Un médico que se encargará de las sesiones del programa y del seguimiento en consulta de los participantes.

Recursos materiales:

- Una sala en el centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, una pizarra y aproximadamente unas 4 mesas y 28 sillas.
- Folios y bolígrafos.
- Cartel del programa.
- Tabla con principales modificaciones dietéticas.
- Alimentos de plástico.
- Pirámides de alimentación.
- Pirámides de actividad física.
- Recursos financieros:
- Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

11. CONCLUSIONES

Es evidente la escasa información que tienen los adultos jóvenes que habitan en la Parroquia Pascuales sobre los factores de riesgo para hipertensión arterial. El bajo nivel de educación para la salud conduce a los individuos a adoptar una alimentación inadecuada e inactividad física, conductas que generan en las personas sobrepeso y obesidad, asimismo, la falta de instalaciones deportivas y de recreación, los conduce al sedentarismo.

Uno de los principales problemas que afecta a la población del consultorio 11 del Centro de Salud de Pascuales, es la falta prevención en salud, deterioro de la calidad de vida y deficiencia en los estilos de vida saludable, lo cual incrementa los factores de riesgo y la incidencia de la hipertensión arterial.

12. RECOMENDACIONES

Aplicar la estrategia de intervención para incrementar el conocimiento de la población adulta joven sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial para reducir la incidencia y prevalencia de ésta enfermedad y sus complicaciones, lograr que la población adopte estilos de vida saludables, y elevar el nivel de salud de la población.

Continuar desarrollando estrategias de intervenciones educativas dirigidas a la población con el fin de prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial transfiriéndole al individuo la responsabilidad de su propia salud.

Disponer de estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de los recursos y su respectivo control a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de la población.

13. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Información General sobre Hipertensión Arterial en el mundo. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
- 2.- Garcia W, Rodríguez V, Arriola C, Mazariegos E. Predicción temprana del desarrollo de hipertensión arterial. Rev. Guatemalteca de Cardiología. 2014. Vol 24, (1).
- 3.- Lobos B. J, Brotons C. C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Rev. Elsevier. España. 2011; 43(12):668-677. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656711004689/1-s2.0-S0212656711004689-main.pdf?tid=6fd475fo-973a-11e6-a2800000aacb35e&acdnat=1477018972_9fd435obd188154fa24d3daoec28b1c0
- 4.- Aguirre V. M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. Peruana. Lima. 2011. v.28 n.4 pag 239. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- 5.- Díaz B. Y., Pérez R. J, Báez P. F, Conde M. M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Cuba. 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm
- 6.- Álvarez E. M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. Rev. Scielo. 2013. Vol 17(1): 79-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013&lng=es
- 7.- Álvarez S. Medicina General Integral. Promoción y educación para la salud. Volumen I. Capítulo 10, pág 82,83.
- 8.- Carta de Ottawa para la promoción de salud [en Internet]. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986[Consultado: 10 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- 9.- Pérez A. S. Promoción de estrategias para el desarrollo de estilos de vida saludable y sostenible. Panamá. Rev. Científica de Enfermería. 2012. . Vol. XII, No 7; 55, 56. Disponible en: http://www.sibiup.up.ac.pa/otrosenlaces/enfoque/julio_diciembre%202012/PROMOCION%20DE%20ESTRATEGIAS.pdf
- 10.- Secretaría de Salud de México. Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf
- 11.- Álvarez S. Medicina General Integral. Modo, condiciones y estilos de vida. Volumen I. Capítulo 9, pág 82,83.

ANEXOS

ANEXO 1: Cartel del programa.

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN DESTINADO A
LOS ADULTOS JÓVENES NO HIPERTENSOS.**



**MOVIENDO TU CORAZÓN, PREVIENES
LA HIPERTENSIÓN.**



CENTRO DE SALUD PASCUALES

ANEXO 2: Hoja de datos



MOVIENDO TU CORAZÓN, PREVIENES LA HIPERTENSIÓN

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

Dirección: _____

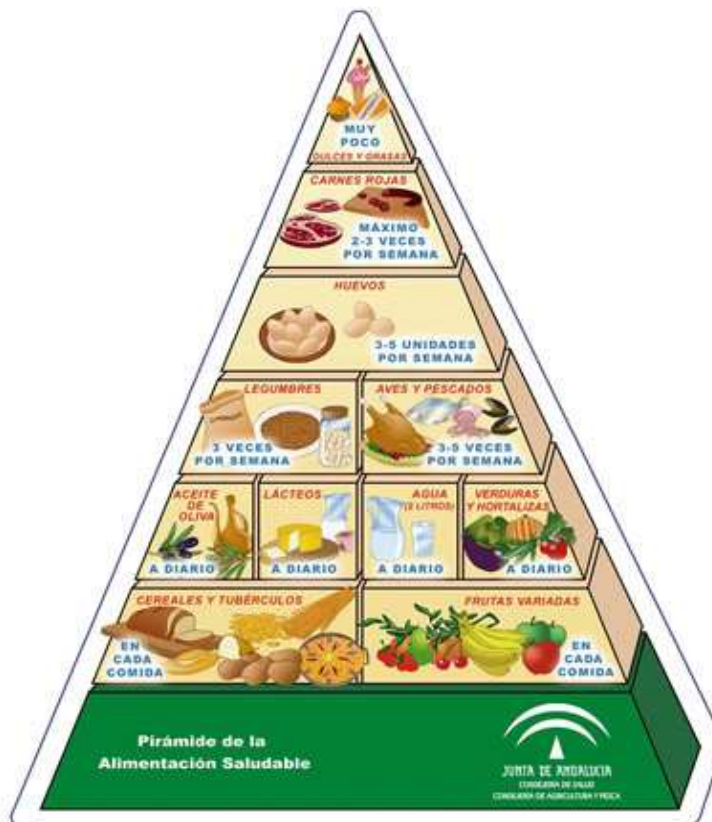
Teléfono: _____

Fecha	Asistencia	Tengo quedó duda en:	Lo que aprendí hoy fue:	Lo que me gustó fue:

ANEXO 3: Principales modificaciones dietéticas.



ANEXO 4: Pirámide de alimentación



ANEXO 5 : Pirámide de actividad física

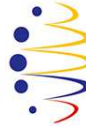




Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Cuzco Tello Lia Verónica, con C.C: # 0921160982 autor(a) del trabajo de titulación: **“PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JÓVENES. CONSULTORIO MÉDICO 11. 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, 26 de octubre del 2016

f. _____

Nombre: Cuzco Tello Lia Verónica
C.C: # 0921160982



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 TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS JÓVENES. CONSULTORIO MÉDICO 11. CENTRO DE SALUD PASCUALES. 2015 – 2016.		
AUTOR(ES)	Cuzco Tello Lia Verónica		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Rodríguez Meneses Suyen dra.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	SISTEMA DE POSGRADO		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 de enero del 2017	No. DE PÁGINAS:	84
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina familiar y comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión arterial, factor de riesgo, adultos jóvenes, estrategia educativa.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Antecedentes: La hipertensión arterial está identificada como un problema de salud a escala mundial por ser una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población mayor de 15 años de edad, además por su papel principal como factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, el universo estuvo constituido por 167 adultos jóvenes no hipertensos del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales 2015 – 2016. Se aplicó una encuesta confeccionada por la autora de la investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial y diseñar una estrategia educativa. Resultados: Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 20 – 24 años con un 30,5%. El 68,9% estuvo representado por el sexo femenino. El 58,1% de los participantes tienen nivel de escolaridad secundaria. El 49,1% de estado unión libre. El 84,4% se autoidentificaron como mestizos y el 69% fueron amas de casa. El nivel de conocimiento fue bajo en un 91% de los encuestados, siendo el sexo masculino el que tiene menos conocimiento, con un 94,2%. La estrategia quedó conformada mediante charlas semanales, de 30 minutos de duración, en grupo de 5 a 10 personas. Conclusiones: La mayoría de los adultos jóvenes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial, a pesar de ello, un alto porcentaje están conscientes que pueden llegar a padecerla en este ciclo de vida.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989991825	E-mail: lia_8222@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar		
	Teléfono: +593 4 2206953 ext. 1830		
	E-mail: Xavier.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):	