

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: “ CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO Y
COMPLICACIONES CON INFLUENCIA EN LA META DE
CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS
ADULTAS HIPERTENSAS DEL SUBCENTRO DE SALUD LA
VICENTINA 2016.”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Gabriela Fernanda Castillo Borja

Director: Dr. Johny Mauricio Torres Torres, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas Magíster, e integrado por los señores Doctor Edison Tarsicio Frías Raza Especialista, Doctora Mónica Paulina Silva Tirado Especialista, Doctora Martha María Scull Molina, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES CON INFLUENCIA EN LA META DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS HIPERTENSAS DEL SUBCENTRO DE SALUD LA VICENTINA 2016. ”, elaborado y presentado por la señora Médica Gabriela Fernanda Castillo Borja, para optar por el Grado Académico de Especialista en medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas. Mg.
Presidente del Tribunal

Dr. Edison Tarsicio Frías Raza, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Mónica Paulina Silva Tirado, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Martha María Scull Molina, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES CON INFLUENCIA EN LA META DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS HIPERTENSAS DEL SUBCENTRO DE SALUD LA VICENTINA 2016, le corresponde exclusivamente a: Médica Gabriela Fernanda Castillo Borja, Autora bajo la Dirección de Doctor. Johny Mauricio Torres Torres Especialista, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Gabriela Fernanda Castillo Borja

180387169-6

AUTORA

Dr. Johny Mauricio Torres Torres, Esp

1710630987

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Md. Gabriela Fernanda Castillo Borja

180387169-6

ÍNDICE GENERAL

Portada	i
A la Unidad Académica de Titulación	ii
Autoría de la Tesis	iii
Derechos de Autor	iv
Índice general de contenidos	v
Agradecimiento	x
Dedicatoria	xi
Resumen Ejecutivo	xii
Summary	xiv

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

Introducción	1
--------------	---

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema de la Investigación	3
1.2 Planteamiento del Problema	3
1.2.1 Contextualización.	3
1.2.2 Análisis Crítico	8
1.2.3 Prognosis	9
1.2.4 Formulación del Problema	9
1.2.5 Interrogantes	9
1.2.6 Delimitación del Problema de Investigación	9
1.2.6.1 Delimitación del Contenido	9
1.2.6.2 Delimitación Temporal	10

1.2.6.3 Delimitación Espacial	10
1.3 Justificación	10
1.4 Objetivos	12
1.4.1 Objetivo General	12
1.4.2 Objetivos Específicos	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos	13
2.2 Fundamentación Filosófica	16
2.3 Fundamentación Legal	16
2.4 Categorías fundamentales	18
2.5 Hipótesis	27
2.6 Señalamiento de variables	27

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la investigación	28
3.3. Tipo de Investigación	28
3.4. Población y Muestra	28
3.5. Operacionalización de Variables	29
3.6. Plan de Recolección de la Información	33
3.7. Plan de Procesamiento de la información	34

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados e Interpretación de datos.	35
4.1.1 Hipertensos conocimiento y meta de control según sexo	35
4.1.2 Hipertensos conocimiento y meta de control según edad	38
4.1.3 Hipertensos conocimiento y meta de control según nivel de escolaridad.	41
4.1.4 Hipertensos conocimiento y meta de control según nivel socioeconómico.	43
4.1.5 Hipertensos conocimiento y meta de control	45
4.2. Verificación de Hipótesis	47

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	49
5.2. Recomendaciones	49

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. Datos informativos	50
6.2. Antecedentes de la propuesta	51
6.3. Justificación	51

6.4. Objetivos	53
6.5. Análisis de factibilidad	54
6.6. Fundamentación	54
6.7. Metodología- modelo operativo	63
6.8. Administración	64
6.9. Previsión de la evaluación	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla No 1. Clasificación de la HTA	19
Tabla No 2. Modificaciones en el estilo de vida	26
Tabla No 3. Meta de control de la presión arterial	30
Tabla 4. Conocimiento.	31
Tabla No 5. Distribución de pacientes hipertensos y conocimiento según sexo. Centro de Salud la Vicentina 2016	36
Tabla No 6. Distribución de pacientes hipertensos y meta de control según sexo. Centro de Salud la Vicentina 2016	37
Tabla No 7. Pacientes hipertensos y conocimiento según edad. Centro de Salud la Vicentina 2016.	39
Gráfico No 1. Pacientes hipertensos y meta de control según edad. Centro de Salud la Vicentina 2016	40
Tabla No 8. Distribución de hipertensos y el conocimiento según el nivel de escolaridad. Centro de Salud la Vicentina 2016	41

Gráfico No 2. Hipertensos y meta de control según escolaridad. Centro de Salud la Vicentina 2016	42
Tabla No 9. Hipertensos y conocimiento según nivel socioeconómico. Centro de Salud la Vicentina 2016.	43
Gráfico No 3. Hipertensos según nivel socioeconómico y meta de control. Centro de Salud la Vicentina 2016	44
Gráfico No 4. Hipertensos según conocimiento y meta de control. Centro de Salud la Vicentina 2016	46

AGRADECIMIENTO

A Dios, su amor infinito acompañándome día a día en este largo caminar, me ha brindado los más hermosos logros. Gracias por que tu voluntad y tu tiempo son perfectos.

Al Doctor. Johny Torres Director del Trabajo de Investigación y a la Doctora. Carmen Pacheco Tutora en servicio, quienes con su apoyo en la elaboración de este trabajo me han orientado de la mejor manera, gracias por su tiempo y paciencia, sin ustedes esto no hubiese sido posible.

DEDICATORIA

A Dios, mi Creador, mi inspiración este esfuerzo y mi vida los deposito en tus manos.

A mi familia, mi esposo Víctor mi compañero de lucha, día a día prestándome su hombro para aliviar aquellos obstáculos difíciles de vencer; a mi hija Victoria el pequeñito ser que llegó a mi vida en el momento que inicié este camino, me acompañó incondicionalmente con sus tiernas sonrisas, ustedes han sido mi fuente de inspiración para llegar a la meta, con su paciencia y comprensión me han brindado el mejor de sus apoyos; a mi madre Alicia y mi hermana Narciza quienes en los momentos difíciles me levantaron con sus palabras de amor y sabiduría.

Este camino recorrido con todo lo que abarca es también de ustedes.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES CON INFLUENCIA EN LA META DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS HIPERTENSAS DEL SUBCENTRO DE SALUD LA VICENTINA 2016.

AUTORA: Médico. Gabriela Fernanda Castillo Borja

DIRECTOR: Doctor. Johny Mauricio Torres Torres, Especialista.

FECHA: Agosto, 08 del 2016.

RESUMEN EJECUTIVO

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad multicausal que requiere de múltiples intervenciones para su control. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal para determinar la influencia del conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA en la meta de control de los adultos hipertensos que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud la Vicentina durante el año 2015, a partir de variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico.

Se obtuvo predominio del sexo femenino con el 70 %, los mayores de 65 años de edad con el 56,20 %, así como de la escolaridad primaria 56,20% y el nivel socioeconómico medio bajo 51,20%. El 73,80 % de la población tiene conocimiento sobre el tratamiento y complicaciones de la HTA y el 61,25% cumplió la meta de control, se concluye que en los pacientes estudiados existieron frecuencias relevantes que mostraron influencia del

conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA en el cumplimiento de la meta de control.

Se recomienda realizar a futuro otras investigaciones en donde se emplee factores de riesgo y otros relacionados con los pacientes hipertensos en el cumplimiento de la meta de control como el índice de masa corporal y estadios de la enfermedad. La aplicación de la guía de propuesta de promoción de salud y prevención de la HTA en centros de salud del nivel primario de atención.

PALABRAS CLAVE: HTA, CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES, META DE CONTROL

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

KNOWLEDGE ON TREATMENT AND COMPLICATIONS WITH
INFLUENCE IN THE GOAL OF CONTROL OF BLOOD PRESSURE IN
ADULTS HYPERTENSIVE SUBCENTRO DE SALUD LA VICENTINA
2016.

AUTHOR: Médico. Gabriela Fernanda Castillo Borja

DIRECTED BY: Doctor. Johny Mauricio Torres Torres, Especialista

DATE: Agosto, 08 del 2016.

EXECUTIVE SUMMARY

Arterial Hypertension (AHT) is a multicausal disease that requires multiple interventions to control it. An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted to determine the influence of knowledge on treatment and complications of hypertension in the control of hypertensive adults who attended the outpatient Health Center Vicentina during 2015, from different sociodemographic such as sex, age, educational level and socioeconomic status.

There was a predominance of females with 70%, those over 65 years of age with 56.20% and primary schooling 56,20% and low socioeconomic status 51,20%. The 73.80% of the population had knowledge about treatment and complications of hypertension and 61,25 % did meet the goal of control.

It is concluded that existed in the patients studied showed significant frequencies influence of knowledge about treatment and complications of hypertension in meeting the goal of control.

It is recommended that additional research in the future be conducted with emphasis on risk factors and other relations with hypertensive patients such as the body mass index and stages of the disease to analyze meeting the goal of control of the disease.

The application of the proposed guide of prevention of hypertension to be presented in health centers of primary care.

KEYWORDS: Arterial Hypertension (AHT), KNOWLEDGE, TREATMENT, COMPLICATIONS, CONTROL GOAL.

INTRODUCCION

La hipertensión arterial es hoy en día un problema de salud pública a nivel mundial puesto que es considerada la primera causa de enfermedad coronaria, falla cardíaca y evento cerebrovascular, y la segunda causa de falla renal. Dado que se trata de una enfermedad multicausal, requiere de intervenciones para su control desde diferentes frentes de acción.

Estrada.D, al validar el cuestionario de conocimiento sobre la HTA, reveló que entre un 60 a 65% de las personas hipertensas no controla adecuadamente sus cifras de presión arterial teniendo como una de su principal casusa el incumplimiento terapéutico ²².

Es importante que la población hipertensa tenga conocimiento sobre la enfermedad y sea consciente de la importancia de este factor de riesgo, así como de los beneficios de un cambio en el estilo de vida y de un buen control de las cifras de presión arterial ya que, en definitiva, incidirán en una mejor calidad de vida. Los cambios adecuados en el estilo de vida son la piedra angular para la prevención y control de la HTA ²².

Existen estudios que han demostrado que una intervención mejora el conocimiento en las personas hipertensas generando beneficios para ellos, que derivarán un mejor control de su enfermedad. Puesto que de un paciente bien informado y concienciado cabe esperar que cumpla con el tratamiento, mejore sus hábitos de vida, y en consecuencia sus cifras de presión arterial ²².

En el Subcentro de Salud la Vicentina del cantón Ambato se estudió la influencia del conocimiento de los hipertensos en la meta de control de la presión arterial, investigación importante para aportar de manera significativa en bien de la población, ya que de esta manera se convierte al hipertenso como principal protagonista de su enfermedad, estos pacientes con morbilidad crónica deben tener el máximo de conocimiento

y por ende cumplir la meta de control de la presión arterial, de esta forma lo que se espera es disminuir las complicaciones de esta enfermedad.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema de la Investigación

CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES CON INFLUENCIA EN LA META DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS HIPERTENSAS DEL SUBCENTRO DE SALUD LA VICENTINA 2016.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contextualización.

MACRO

La HTA es un problema de salud que cada vez tiene mayor impacto en la sociedad dado que es considerada como una de las principales causas de muerte e invalidez ¹. Se estima que la HTA es responsable del 12,8% de las muertes a nivel mundial (7,5 millones), teniendo mayor impacto en poblaciones de ingreso socioeconómico bajo ¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el 2008, indica que la prevalencia de la HTA entre la población de 25 años y más a nivel mundial es de alrededor de 27 de cada 100 personas. Por regiones, África tiene una de las prevalencias más altas (36.8%) mientras que la región de las Américas la más baja (23%). En la región, Canadá y Estados Unidos tienen la prevalencia baja (alrededor de 15%); seguidos por México (24.4%); y en Brasil, Chile y Cuba, aproximadamente de 30% respecto a la población de 25 años y más.²

Se estima que al menos el 30% de las personas en el continente americano tiene HTA y que un tercio de ellas no lo sabe ³. La hipertensión

es considerada un asesino silencioso porque rara vez causa síntomas en sus etapas iniciales y mucha gente está sin diagnosticar ³.

Las enfermedades cardiovasculares, dentro de estas la HTA, son la primera causa de mortalidad en los países desarrollados y consideradas un problema de alcance mundial ⁵. En el 2005 cerca del 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares se produjeron en países de renta media y baja, y la mortalidad seguirá en aumento si no se frenan o se invierten las tendencias actuales. De aquí al 2020, el aumento silencioso de las enfermedades del corazón en los países en vías de desarrollo será entre dos y cuatro veces mayor que en los países desarrollados. Una de las regiones con mayor riesgo de afectación es Asia Meridional, donde se prevé que la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumente de 3.8 millones por año en el 2008 a 5.6 millones por año en el 2030 ⁵.

Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal ⁴.

La OMS estima que el 80% de las muertes prematuras debidas a las enfermedades cardiovasculares y a la diabetes podrían evitarse al controlar los factores de riesgo mediante la información que se brinde al paciente por parte del personal de salud ⁵.

El cambio de los estilos de vida que se puede lograr con el conocimiento de la hipertensión por parte de la población actúa sinérgicamente con el tratamiento farmacológico y tiene un beneficioso efecto sobre otros factores de riesgo y el bienestar de las personas en general ¹².

Existe evidencia de que un tratamiento farmacológico efectivo de la HTA logra una disminución significativa de la morbilidad y mortalidad. Un

tratamiento adecuado se asocia en promedio a una disminución del 35% a 40% de accidentes cerebrovasculares, a un descenso del 20% a 25% de infartos agudos al miocardio (IAM) y a más de un 50% de reducción de la incidencia de insuficiencia cardiaca.⁶

Sin embargo, el tratamiento farmacológico no es suficiente para lograr el control de la HTA. La información poblacional internacional muestra que en promedio sólo un 30% a 45% de la población hipertensa logra el control de sus cifras de PA (140/90 mmHg).⁶

Otros estudios efectuados en el mundo demostraron que solamente un porcentaje bajo de los pacientes hipertensos logra la meta de control de su presión arterial ⁷. Los relevamientos sanitarios dirigidos a evaluar el conocimiento de la HTA en la población han demostrado que inciden favorablemente en el control de esta patología ⁷.

Según la situación global de la HTA, la OMS en el 2008 revela que 17.3 millones de personas murieron afectadas por enfermedades cardiovasculares; de ellas, 9.4 millones presentaron complicaciones por HTA; 80% de las defunciones por enfermedades no transmisibles se producen en los países de ingresos bajos y medios ³.

MESO

En el Ecuador según los datos históricos, las tasas de morbilidad de las enfermedades hipertensivas entre el 2007 y 2011 no presentan aumentos significativos, al pasar de 6,20% a 6,83% respectivamente ⁸. En el año 2011 a nivel nacional se presentan 10.429 casos con enfermedades hipertensivas, siendo la hipertensión esencial (primaria) la que muestra el mayor número de casos, con 8653 ⁸.

Del total de registros, el 58,14% corresponde a los hombres y el 41,86% a mujeres. Al analizar por grupos de edad, los más vulnerables a sufrir HTA

son los adultos mayores, que representan el 52,39%. Sin embargo, el grupo de 36 a 64 años muestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados ⁸.

En el 2011 la información territorial las provincias que muestran mayor porcentaje de casos de las enfermedades hipertensivas son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74% y Manabí 14,12% ⁸.

La HTA constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en el Ecuador. Esta enfermedad es la principal causa de eventos cerebrovasculares; a pesar de estos alarmantes datos, sólo una de cada dos personas hipertensas desconoce su condición ⁹.

En las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se realizan actividades de prevención y promoción de la salud, con el fin de atender a la población en riesgo de sufrir hipertensión arterial ⁹, sin embargo sigue existiendo desconocimiento por parte de la población acerca de la enfermedad, lo que ha llevado a no alcanzar la meta de control de las cifras de presión arterial en las personas que ya padecen de HTA ⁹.

El MSP del Ecuador ha establecido que el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y dentro de estas la HTA constituye una alta prioridad política y estratégica, para ello se ha establecido como referente técnico la estrategia regional y plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, con enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas y que hace referencia a las normas y protocolos clínicos y terapéuticos para el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, con la finalidad de estandarizar su manejo en los establecimientos de salud tanto públicos como privados y mejorar la calidad de atención ¹⁰.

MICRO

La provincia de Tungurahua aparece con el 4,56% de los casos por enfermedades hipertensivas en el 2011.⁸

En el periodo comprendido desde enero al mes de diciembre del año 2015 han sido atendidos en consulta externa del Subcentro de Salud La Vicentina unidad operativa tipo A localizado en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, un total de 6.527 pacientes, de ellos acudieron por problemas relacionados con hipertensión arterial 110 (1,68%) pacientes, información obtenida del RDACAA.

Es importante que la población hipertensa tenga conciencia de la importancia de los factores de riesgo, así como de los beneficios del tratamiento y del control de las cifras de tensión arterial que, en definitiva, incidirán en una mejor calidad de vida, además es imprescindible que la persona hipertensa tenga el máximo de conocimientos sobre su enfermedad y factores de riesgo para ello se requiere la participación de una educación sanitaria a todos los niveles asistenciales. Así mismo es indispensable a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud en estos pacientes conocer cuál es su nivel de conocimientos y como manejan sus cifras de tensión arterial de acuerdo al conocimiento que poseen.

En el Subcentro de Salud la Vicentina como parte de la experiencia profesional se ha observado que los pacientes hipertensos tienen cierto conocimiento acerca de la enfermedad, sin embargo muchas de las veces no cumplen con las recomendaciones que los profesionales de la salud imparten, sabemos que la modificación en los estilos de vida de estos pacientes es complicado pero no imposible de lograrlo.

1.2.2 Análisis Crítico

La HTA es considerada un asesino silencioso porque rara vez causa síntomas en sus etapas iniciales y muchos individuos están sin diagnosticar, o si lo están no alcanzan la meta de control de la presión arterial ³.

Si esta enfermedad se la detecta en forma temprana y si se trata correctamente teniendo en cuenta tanto el tratamiento farmacológico y no farmacológico así como un adecuado conocimiento y otros factores sobre la enfermedad, es posible minimizar el riesgo de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal ³.

Todos los adultos deben conocer sus niveles de presión arterial. Si se detecta hipertensión, las personas deben buscar el asesoramiento de un profesional de la salud ³. El conocimiento de la enfermedad puede ayudar a mejorar su control y prevenir complicaciones, ya que el tratamiento de las complicaciones derivadas de la hipertensión conlleva intervenciones costosas, lo que puede afectar los presupuestos individuales y de los países ³.

Además las complicaciones de la HTA se pueden prevenir modificando factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta no saludable, el uso nocivo del alcohol o la inactividad física. El tabaco puede aumentar el riesgo de complicaciones de la hipertensión. Si no se emprenden acciones para reducir la exposición a estos factores, aumentará la incidencia de enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión ⁴.

La meta de control de la presión arterial en la población requiere también la creación de ambientes que faciliten la alimentación saludable, la actividad física y el acceso universal a la atención sanitaria preventiva y curativa.

1.2.3 Prognosis

El conocimiento sobre el tratamiento y complicaciones de la HTA y su influencia en la meta de control de la presión arterial de los adultos hipertensos del Subcentro de Salud la Vicentina nos permitirá elaborar una guía de recomendaciones de estrategias de promoción de salud y prevención con vistas a reducir la morbimortalidad por HTA.

1.2.4 Formulación del Problema

¿Cómo influye el conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA en la meta de control de la presión arterial de los adultos hipertensos del Subcentro de Salud La Vicentina?

1.2.5 Interrogantes

¿Qué características sociodemográficas muestran los hipertensos del Subcentro de Salud La Vicentina?

¿Existen diferencias en el logro de la meta de control según el conocimiento de los hipertensos del Subcentro de Salud la Vicentina?

¿De qué manera modificar el control integral de las personas hipertensas del Subcentro de Salud La Vicentina?

1.2.6 Delimitación del Problema de Investigación

Línea de Investigación

Promoción de salud. Espacios saludables, salud sexual, medio ambiente y salud.

1.2.6.1 Delimitación del Contenido

Campo: Medicina

Área: Hipertensión Arterial

Aspectos: conocimiento sobre tratamiento y complicaciones con influencia en la meta de control de la presión arterial.

1.2.6.2 Delimitación Temporal

La investigación se desarrolló en el año 2016.

1.2.6.3 Delimitación Espacial

La investigación se realizó en el Subcentro de salud La Vicentina perteneciente a la provincia de Tungurahua del cantón Ambato.

1.3 Justificación

La HTA es un problema de salud pública de envergadura, puesto que es una enfermedad crónica que no da síntomas por lo que se le denomina el asesino silencioso, además es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. El control de la HTA reduce la incidencia de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca en un 40%, 25% y 50%, respectivamente ⁷.

Está demostrado que el aumento de 20 mmHg en la presión sistólica y de 10 mmHg en la presión diastólica por sobre valores de 115/75 mmHg aumenta al doble el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, independiente de otros factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular, para ambos sexos. Esto enfatiza que la reducción discreta de las cifras de presión arterial redundaría en una disminución significativa del riesgo de eventos cardio y cerebrovasculares. ⁷

Estudios han encontrado que el grado de conocimiento de las cifras de presión arterial de los hipertensos fue alarmantemente baja ya que algunos no conocen sus valores de presión arterial, otros conocen sus cifras de presión arterial pero no saben si estas son normales o

anormales. Por otra parte las personas con cifras de presión arterial elevada, declaran saber que son hipertensos lo cual argumenta que posiblemente no existe un adecuado nivel de conocimiento sobre la enfermedad, o que por lo contrario tienen conocimiento pero no alcanzan las metas de control de la presión arterial. ⁶

En el mundo existen el 30% de morbilidad oculta, se informa además, que de los pacientes diagnosticados con HTA, el 40% no recibe terapia y el 65% no están en las metas de control de dicha enfermedad, llevando así a las complicaciones y aumento en la mortalidad de estas personas.¹

En los hipertensos existen muchos vacíos en el conocimiento sobre las acciones de prevención de complicaciones y control de la hipertensión arterial debido a la dificultad para involucrar al ejercicio clínico aspectos de carácter psicológico, social y medioambiente. Una posible estrategia es reforzar la comunicación efectiva, educación y prevención en salud.¹

Se vuelve imprescindible realizar esta investigación ya que como se mencionó anteriormente durante el año 2015 han sido atendidos en consulta externa del Subcentro de Salud La Vicentina un total de 6.527 pacientes, de ellos acudieron por problemas relacionados con hipertensión arterial 110 pacientes. Además es la primera enfermedad crónica no transmisible con mayor número de casos reportada en el análisis de situación de salud (ASIS) de los barrios Miraflores Alto la Floreana, Puerto de Palos y Pasaje Troya en el año 2015.

Hasta el momento no existe un estudio en este Subcentro de Salud sobre el conocimiento que poseen los hipertensos y la influencia en la meta de control de la presión arterial. Dada la importancia de la enfermedad en cuanto al impacto de la morbimortalidad por complicaciones ha impulsado a realizar la presente investigación, generando interés tanto para los pacientes hipertensos como para el personal de salud, de esta manera se beneficiaran estos mismos pacientes.

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial y su influencia en la meta de control de los adultos hipertensos. Subcentro de Salud la Vicentina 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar según variables sociodemográficas a las personas adultas hipertensas del Subcentro de Salud La Vicentina.
2. Establecer diferencias en el logro de la meta de control según el conocimiento de los adultos hipertensos del Subcentro de Salud la Vicentina.
3. Proponer una guía, de promoción de salud y prevención de complicaciones por hipertensión arterial

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Estudios realizados en el año 2014 por Da Silva. M, Almeida. A, Silva. S, en Brasil sobre el conocimiento acerca de HTA en las personas que padecen de esta enfermedad han utilizado un cuestionario basado en 10 preguntas con respuestas dicotómicas (si o no) teniendo como variable independiente al conocimiento sobre HTA, tomando como referencia la puntuación obtenida en cuanto al conocimiento excelente al total de preguntas contestadas correctamente es decir el 100%, conocimiento satisfactorio el 70% de preguntas respondidas correctamente y sin conocimiento 0 preguntas contestadas correctamente. Este estudio aportó que cuanto mayor es el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, mayor es el compromiso con el autocuidado y la adhesión al tratamiento ¹¹. Estos hallazgos refuerzan la necesidad que el profesional de salud que cotidianamente actúa con los individuos hipertensos, deben continuamente estudiar la problemática de la no adhesión al tratamiento con el objetivo de simplificar el esquema terapéutico, así como también crear un mayor vínculo con la población y a partir de esto desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de perjuicios, con la transmisión de información y sensibilización de la población hipertensa de su área de influencia ¹¹.

Otro estudio realizado en el 2011 sobre prevalencia, grado de control y tratamiento de la HTA en la población de 30 a 74 años de la comunidad de Madrid, reporta que el 29,3% de la población adulta madrileña que tiene entre 30 y 74 años sufre hipertensión, lo que representa alrededor

de un millón de personas con HTA en la edad adulta ¹². No obstante, dada la fortísima implicación de la hipertensión como factor de riesgo cardiovascular, estas cifras son preocupantes ¹². El potencial de intervención con una mejor detección de los sujetos hipertensos y una mayor concienciación de los mismos es enorme y sin contrapartidas más allá del puro coste de la intervención. El cambio de los estilos de vida que se puede lograr con el conocimiento de la hipertensión por parte del paciente actúa sinérgicamente con el tratamiento farmacológico y tiene un beneficioso efecto sobre otros factores de riesgo y el bienestar de las personas en general ¹².

En otro estudio Sandoval y cols.¹³ evaluaron 1.194 hipertensos en 52 centros de atención primaria de Chile; de ellos 59.7% alcanzó cifras de presión arterial controladas. Todos los pacientes recibieron asesoría para el manejo de estilos de vida saludables; alimentación, cesación de tabaco y actividad física. Un alto porcentaje recibió tratamiento farmacológico (91,5%), de ellos 34,3% fue monoterapia y 57,1% combinación de medicamentos. Resulta interesante que 8,5% de los pacientes recibió exclusivamente medidas no farmacológicas, lográndose el control de la presión arterial en el 75% de ellos. El efecto de este logro de hipertensos controlados se traduce, a juicio de los autores, en una disminución del 47,9% de complicaciones cardiovasculares en 5 años.

El objetivo final del tratamiento de la HTA es disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Para ello, en forma ideal se debe diagnosticar, tratar y controlar a todos los hipertensos. La situación en Argentina es grave. Los porcentajes de conocimiento, tratamiento y control son muy bajos y comparables a los de EEUU de hace 20 años ¹⁴.

El bajo control en este país se debe, entre otras cosas, a una muy pobre eficacia del tratamiento (porcentaje de los pacientes que ingieren antihipertensivos que tienen su PA < 140/90 mmHg) que ha oscilado entre 7 y 30% ¹⁴. Recientemente el estudio CARMELA comunicó mejores tasas

de conocimiento (64,1%) y una eficacia del tratamiento de 43,0% pero estos datos, provenientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pueden no representar la realidad global del país. Dado que los fármacos son capaces de normalizar la PA, el bajo control y la baja eficacia del tratamiento pueden estar relacionados con una falta de convencimiento de los efectores de salud de la necesidad de descender la PA < 140/90 mmHg como aconsejan la mayoría de las guías de HTA ¹⁴. Si a esto agregamos que la reducción de la tasa de mortalidad en Argentina, entre 1999 y 2007, fue sólo 6,5% para enfermedad coronaria y 13,7% para ACV surge la impostergable necesidad de implementar políticas de intervención sobre la población ¹⁴.

En el Ecuador de acuerdo a la normatización del sistema nacional de salud y los protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles 2011 ⁸, el Ministerio de Salud Pública (MSP) publica la guía para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles en el año 2005; y a partir del año 2009, se implementa el programa de salud preventiva del adulto que comprende el grupo de edad de 20 a 64 años, con un enfoque en el control y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles ¹⁰. En la actualidad se reconoce que existen factores de riesgo modificables (alimentación, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, consumo de sal, tabaco, alcohol, grasas saturadas y trans, azúcares) y no modificables (herencia, genético, edad, sexo, idiopático) que, influyen en la aparición de las enfermedades crónicas ¹⁰, y que si bien es cierto se manifiesta principalmente en la edad adulta y adulta mayor, los hábitos, la cultura, el estrés y muchos determinantes sociales han modificado su presencia ¹⁰. Esto puede cambiar al mejorar el nivel de conocimiento por parte del paciente hipertenso ¹⁰.

2.2 Fundamentación Filosófica

La investigación se basó en el paradigma crítico propositivo, teniendo en cuenta que las dos variables interactúan entre sí, es un paradigma crítico ya que esta investigación se realizó en el lugar de los hechos en donde existió múltiples realidades del tema investigado con el objetivo de implementar una guía de recomendación de promoción de salud y prevención en vistas de reducir la morbimortalidad por HTA, además existió interacción entre la investigadora y la población investigada. El diseño de la investigación fue abierta, participativa y flexible ya que se investigó el conocimiento sobre tratamiento y complicaciones y la influencia en la meta de control de las personas adultas hipertensas, y por último tiene un enfoque propositivo ya que se busca mediante esta investigación mejorar la calidad de vida a través de la educación a las personas con HTA.

2.3 Fundamentación Legal

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 ³⁴.

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 ³⁴.

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 ³⁴.

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 ³⁴.

Ley Orgánica de Salud

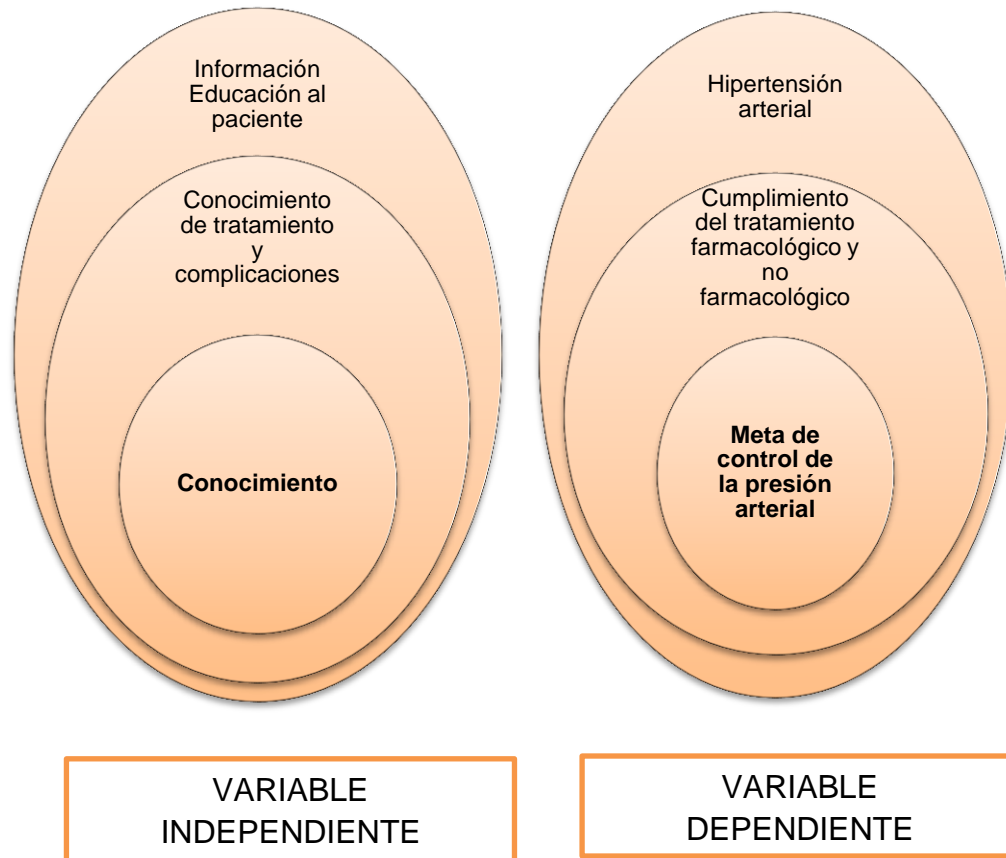
La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto ³⁵.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos ³⁵.

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 ³⁵.

2.4 Categorías fundamentales

Figura No 1. Categorías fundamentales



Elaborado por Gabriela Castillo.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es 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 ¹⁰. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg. Se considera HTA cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica ¹⁰.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae ⁴. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro ⁴.

Clasificación: ¹⁶

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión Arterial

Clasificación	Presión arterial Sistólica	Presión arterial Diastólica
NORMAL.	< 120 mm Hg	<80 mmHg
PREHIPERTENSIÓN	120-139 mm Hg	80-89 mm Hg
HIPERTENSIÓN ESTADIO 1	140-159 mm Hg	90-99 mm Hg
HIPERTENSIÓN ESTADIO 2	≥ 160 mm Hg	100 mm Hg

Fuente: Joint National Committee (JNC8)

Toma de la tensión arterial

Los métodos recomendados para la toma de la PA son:

- Registro de PA en el consultorio: mediciones realizadas en el consultorio médico.
- Monitoreo Domiciliario de Presión arterial (MDPA): mediciones automáticas realizadas por el propio paciente.
- Monitoreo Ambulatorio de Presión arterial de 24 horas (MAPA): mediciones automáticas en ausencia de operador ¹⁴.

Equipo:

El patrón oro es el esfigmomanómetro de mercurio, aunque en la actualidad su uso ha sido desaconsejado por normas internacionales de

protección ambiental. Pueden usarse aparatos de tipo aneroide o automáticos cuya precisión haya sido validada. La cámara neumática del manguito debe cubrir las dos terceras partes del perímetro braquial ¹⁴.

Condiciones de la medición:

- Reposo mínimo de 5 minutos.
- Posición sentada, con la espalda apoyada, sin cruzar las piernas y con ambos pies apoyados en el piso.
- Brazo descubierto (evitar compresión por la ropa) y apoyado a nivel del corazón.
- No hablar durante la medición.
- Evitar el consumo de tabaco, infusiones y ejercicio físico 30 minutos antes de la medición y la distensión vesical ¹⁴.

Método de medición:

Método auscultatorio: Esperar un minuto. Inflar el manguito hasta 30 mmHg sobre la PAS estimada palpatoriamente. Desinflar el manguito a un ritmo de 2-3 mmHg por segundo. El primer ruido auscultado, inmediatamente sucedido por otro, representa a la PAS, mientras que la desaparición de los ruidos (fase V de Korotkoff) representa a la PAD ¹⁴.

Los ruidos pueden continuar auscultándose hasta el cero (como puede ocurrir en el embarazo, en niños, en el paciente en hemodiálisis, o con insuficiencia aórtica). En estos casos se debe aclarar la presencia del fenómeno e intentar establecer el valor de PAD en la atenuación auscultatoria (Fase IV de Korotkoff) lo cual no siempre puede delimitarse claramente ¹⁴.

Frecuencias de mediciones:

- Las mediciones deben realizarse dos o más veces con intervalos no menores a 1 minuto. Considerar el promedio de 2 mediciones estables (diferencias menores de 5 mmHg) ¹⁴.
- Cuando dos mediciones difieren marcadamente (valores > 5 mmHg) o el paciente presenta arritmias deben realizarse mediciones adicionales (1 ó 2) y promediarlas. La presencia de extrasístoles o de fibrilación auricular dificulta la medición de la PA. En estos casos el valor de la PAS de los latidos ectópicos excede mucho a la PAS promedio del resto de los latidos. Estos latidos anómalos, que se reconoce como ruidos aislados, no sucedidos inmediatamente por el resto de los ruidos, deben ser descartados ¹⁴.
- En la visita inicial medir la PA en ambos brazos tomando como referencia el brazo de mayor valor ¹⁴.
- En pacientes ancianos, diabéticos, sintomáticos o con otras condiciones que predisponen a la hipotensión ortostática (Parkinson, dializados, que estén bajo tratamiento con alfabloqueantes o simpaticolíticos de acción central) la evaluación debe incluir la medición de la PA de pie para pesquisar hipotensión ortostática ¹⁴.
- Medir la PA en todas las consultas ¹⁴.

COMPLICACIONES

Cardiopatía Hipertensiva (CH)

Se denomina CH al conjunto de cambios que se producen en el corazón como consecuencia de la HTA. Aunque se utiliza hipertrofia ventricular izquierda (HVI) como sinónimo de CH, esta patología no implica únicamente la hipertrofia del miocardiocito, sino también la fibrosis y la alteración de los vasos miocárdicos. La prevalencia de la CH se sitúa entre el 15 y el 21% según las series, algo importante ya que su presencia supone un mayor riesgo de fibrilación auricular, enfermedad coronaria e

insuficiencia cardíaca (IC) (con función sistólica preservada y en ocasiones deprimida), con los efectos deletéreos que conlleva.¹⁷

Daño Renal

El riñón no sólo puede causar HTA sino también que puede ser víctima de la elevación de PA. El resultado nosológico es la nefroesclerosis hipertensiva que resulta de intentos repetidos y continuados de autorregulación¹⁴. En la actualidad alrededor del 25% de los pacientes en hemodiálisis crónica sufre nefroesclerosis hipertensiva. Sin lugar a dudas el factor etiopatogénico más frecuente es la HTA crónica pero algunos otros factores tienen clara influencia como es la raza (más frecuente y severa entre negros) y el bajo peso al nacimiento¹⁴.

Clínicamente, la nefroesclerosis se expresa con proteinuria leve y sedimento urinario casi o totalmente normal. La IR progresiva es la manifestación más alarmante, aunque este fenómeno no parece frecuente. La progresión de esta enfermedad está ligada a la eficacia en el control de la HTA. Por lo tanto, la meta dominante es bajar la PA y en pacientes con proteinuria las drogas de elección son los inhibidores del sistema renina angiotensina (IECA y ARA II) (Evidencia A Ia)¹⁴. La meta de PA en pacientes sin proteinuria las evidencias indican que la PA debe reducirse a valores $\leq 140/90$ mmHg. En presencia de proteinuria persistente se justifica un enfoque más agresivo ($\leq 130/85$ mmHg) (Evidencia A Ia)¹⁴.

Daño Cerebral

El ACV es la complicación más grave e invalidante de la HTA sobre el sistema nervioso central. La presencia de otros factores de riesgo, incrementa aún más el mismo. El tratamiento antihipertensivo ha logrado disminuir notablemente el riesgo de ACV y encefalopatía hipertensiva¹⁴. Además del ACV, otras lesiones silentes evolutivas representan daño de

órgano blanco de la HTA: leucoaraiosis, infartos lacunares, deterioro cognitivo, encefalopatía arteriosclerótica subcortical o enfermedad de Binswanger ¹⁴.

Enfermedad Arterial Obstructiva Periférica (EAOP)

La EAOP se relaciona con morbilidad y mortalidad cardiovascular siendo un fuerte predictor independiente de otros factores de riesgo ¹⁴. Trabajos realizados en personas mayores de 60 años portadoras de HTA sistólica aislada, demostraron, una prevalencia de arteriopatía periférica del 25,5%. Los valores de PA >140-90 mmHg, se correlacionan con un aumento del riesgo relativo para desarrollar EAOP de 5,7 en el hombre y 4,0 en la mujer hasta los 64 años, y del 2,0 en el hombre y 2,6 en la mujer, luego de los 64 años. El índice tobillo brazo es un método sencillo de realizar, altamente reproducible, no invasivo, con fuerte correlación angiográfica, para diagnosticar y evaluar la presencia y severidad de la EAOP ¹⁴.

Apnea del Sueño (AS)

Se define a la AS como la presencia de repetidos episodios de obstrucción de la vía aérea superior que se presentan durante el sueño, habitualmente asociados a desaturación arterial de oxígeno ¹⁴.

Su prevalencia en adultos es del 4-6% en varones y el 2% en mujeres, siendo mayor entre los obesos. Se asocia a mayor prevalencia de HTA y a mayor incidencia de ACV, muerte súbita nocturna, arritmias, enfermedad coronaria e hipertrofia del ventrículo izquierdo ¹⁴.

FACTORES DE RIESGO

- Factores de riesgo relacionados con el comportamiento
- El consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y de cantidades insuficientes de frutas y hortalizas.

- El uso nocivo del alcohol.
- El sedentarismo y la falta de ejercicio físico.
- El mal control del estrés ⁴.

Las condiciones de vida y trabajo de las personas influyen sobremanera en estos factores de riesgo conductuales ⁴.

Además, existen algunos factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras complicaciones de la hipertensión, como la diabetes, la hipercolesterolemia y el sobrepeso o la obesidad. El consumo de tabaco y la hipertensión interactúan para aumentar aún más la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular ⁴.

TRATAMIENTO

Existe una fuerte evidencia para apoyar el tratamiento de personas hipertensas de 60 años de edad o más a un objetivo de menos de 150/90 mmHg y personas hipertensas 30 a 59 años de edad a un objetivo diastólica inferior a 90 mmHg ¹⁵. Sin embargo, no hay pruebas suficientes en hipertensos menores de 60 años de edad para un objetivo de la presión sistólica, o en aquellos menores de 30 años de edad para un objetivo de la presión diastólica, por lo que el grupo de expertos recomienda una presión arterial menor a 140/90 mmHg basado en la opinión de expertos ¹⁵. Se recomiendan los mismos umbrales y metas para hipertensos adultos con diabetes o enfermedad renal crónica no diabética como para la población general hipertensa menores de 60 años³³. Hay pruebas moderadas para iniciar el tratamiento farmacológico con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, beta bloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio, o diurético tipo tiazida en el que la población no sea de raza negra, incluyendo aquellos con diabetes. En la población hipertensa de raza negra, incluidos los que tienen diabetes, un antagonista de calcio o diurético tipo tiazida es

recomendado como terapia inicial ³³. Hay pruebas moderadas para apoyar el tratamiento inicial antihipertensivo con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina o beta bloqueantes en las personas con enfermedad renal crónica para mejorar los resultados en el riñón ³³.

La meta de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbimortalidad por eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y la prevención del daño renal ¹⁰. Se recomienda lograr cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mm Hg y el VIII reporte Joint National Committee (JCN) recomienda los mismos valores en presencia de diabetes o Enfermedad Renal Crónica ¹⁰.

Se recomienda dentro del tratamiento no farmacológico cambios en los estilos de vida como actividad física, nutrición saludable, reducción del consumo de sal, suspender el tabaquismo, control del estrés psicosocial, participación de un equipo multidisciplinario ¹⁰.

El objetivo principal del tratamiento antihipertensivo es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, lo que se logra con la reducción de la presión arterial y el control de factores de riesgo modificables ¹⁰.

Modificaciones en Estilos de Vida

La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos ¹⁸. La modificación de los estilos de vida más importantes demostró descender la presión arterial, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso, la adopción de la dieta DASH, rica en potasio y calcio, reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol. La modificación del estilo de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo

cardiovascular. Por ejemplo, una dieta de DASH de 1600 mg de sodio tiene un efecto similar a un tratamiento farmacológico simple ¹⁸.

Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados. ¹⁸

Tabla 2. Modificaciones en el estilo de vida

Modificación	Recomendación	Reducción Aproximada (Rango) PAS
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18,5-24,9 Kg/m ²). ¹⁹	5-20 mmHg/10 Kg de reducción de peso
Dieta tipo DASH	Consumo de dieta rica en frutas y vegetales Y pocas grasas diarias saturadas y totales ¹⁰ .	8-14mm Hg
Reducción de sodio en la dieta	Reducir consumo de Sodio, no más de 100 mmol día (2.4 g sodio ó 6 de cloruro sódico ¹⁰ .	2-8 mm Hg
Actividad Física	Hacer ejercicio físico aerobio regular como Caminar rápido (al menos 30 minutos al día, casi todos los días de la semana ¹⁰ .	4-9 mm Hg
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres ¹⁰ .	2.-4 mm Hg

Fuente: Séptimo informe del Joint National Committee.

CONOCIMIENTO

Lo que realmente afecta al hipertenso es la falta de información y conciencia de la gravedad de esta enfermedad ³². Rara vez la enfermedad se presenta de forma aislada generalmente tiene otros factores de riesgo, habitual y lamentablemente el paciente presenta una información errada considerando a la HTA una enfermedad pasajera que puede estar relacionada con los estados emocionales y no a lo que realmente es. La mitad de los hipertensos ignoran que lo son, sin embargo la información positiva y el conocimiento que deben englobar es que las complicaciones de esta enfermedad pueden evitarse con el logro de la meta de control al cumplir el tratamiento farmacológico y no farmacológico y la intervención de otros factores en bien del hipertenso.

El hipertenso debe conocer que el tratamiento farmacológico demostró que es eficaz en la prevención del ataque cerebral, infarto del miocardio y, además es seguro y mejora la calidad de vida ³². La base para tener buena salud deriva del tratamiento no farmacológico de la HTA

2.5 Hipótesis

El conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA logra el cumplimiento de la meta de control de la presión arterial.

2.6 Señalamiento de variables

Variable Dependiente: Meta de control de la presión arterial.

Variable Independiente: Conocimiento.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Modalidad Básica de la Investigación

Investigación De Campo: puesto que esta investigación se la realizó en el propio sitio en donde se encuentra el objeto de estudio, por lo tanto tuvo un proceso sistemático de la recolección de datos, recolección directa de la información y la realidad.

Enfoque cuanti-cualitativo ya que se utilizaron variables y técnicas cualitativas a través de instrumentos tales como las encuestas obteniendo atributos relacionados con el conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA, y también se evaluaron variables cuantitativas ya que se realizó la toma de tensión arterial de las personas adultas que padecen esta enfermedad.

3.2 Tipo de Investigación

El tipo de investigación fue observacional porque no se efectuó manipulación del objeto de estudio. Fue descriptiva porque se describieron las características del objeto de estudio. Transversal porque se mantuvo contacto con el objeto de estudio en un único momento de la investigación.

3.3 Población y Muestra

Universo: la investigación se realizó con la totalidad de pacientes

hipertensos dispensarizados que acudieron a la consulta externa del Subcentro de Salud la Vicentina durante el año 2015, según los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayor o igual a 20 años de edad con diagnóstico de HTA.
- Pacientes dispensarizados por más de tres meses.
- Voluntariedad de los pacientes en participar en la investigación y que hayan firmado el consentimiento informado.
- Permanencia en la comunidad el tiempo que dure la investigación.
- Aptitud física y mental de los pacientes.

Criterios Éticos

- Pacientes hipertensos que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Que no cumplan los anteriores.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente. Meta de control de la presión arterial.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla No 3. Meta de control de la presión arterial.

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM BÁSICO	TÉCNICA
Cifras de tensión arterial recomendadas a los pacientes hipertensos para prevenir complicaciones, teniendo en cuenta la edad y comorbilidad como Diabetes Mellitus (DM) y/o Enfermedad Renal Crónica (ERC).	Control de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple 	<ul style="list-style-type: none"> - < 60 años de edad <140/90 - ≥ 60 años de edad <150/90 - Cualquier edad con DM y/o ERC <140/90¹⁵. - Cifras mayores a la meta de control. 	Encuesta según recomendaciones del JNC VIII.

Elaborado por: Gabriela Castillo.

Variable Independiente. Conocimiento.

Tabla No 4. Conocimiento.

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM BÁSICO	TÉCNICA
Educación impartida al paciente hipertenso por el personal de salud (médico, enfermera) durante su asistencia a la consulta externa de la atención primaria de salud	Aspecto cognitivo en HTA	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • Conoce medianamente • No Conoce 	<ul style="list-style-type: none"> - Con más de 70% de respuestas correctas - Del 50 al 69% de las respuestas correctas. - Con menos del 50% de respuestas correctas. 	Encuesta
Personas hipertensas: aquellas con cifras de presión arterial sistólica iguales o mayores de 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica	Aspecto Sociodemográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Género 	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Encuesta

		<ul style="list-style-type: none"> • Edad 	<ul style="list-style-type: none"> - Adulto joven (20-39 años) - Adulto maduro 1 (40-59 años) - Adulto maduro 2 (60-64 años) - Adulto mayor (65 años y más)²⁰. 	Encuesta
		<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de escolaridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta (o) - Primaria - Secundaria - Bachiller - Superior - Especialidad 	Encuesta
		<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico 	<ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio Alto - Medio Típico - Medio Bajo - Bajo 	Encuesta Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. Anexo 3 ²¹ .

Elaborado por Gabriela Castillo.

3.5 Plan de Recolección de la Información

Para determinar el conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA se empleó un cuestionario ya validado por Estrada Reventos D, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión Hipertens Riesgo Vasc. 2013 en donde se recogió la información pertinente para la investigación ²².

Para valorar la encuesta de esta investigación se tomó en cuenta la totalidad de respuestas obtenidas, con más del 70% de las respuestas correctas se consideró que el participante tiene conocimiento sobre el tema en cuestión; las respuestas correctas del 50 al 69% se consideró que la persona conoce medianamente sobre tratamiento y complicaciones de la HTA y si obtuvo menos del 50% de respuestas correctas se consideró que la persona hipertensa no tiene conocimiento sobre el tema.

El nivel socioeconómico fue valorado mediante la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico realizado por el Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos (INEC) en el 2011 ²¹. (Anexo 3)

Al finalizar la encuesta del nivel socioeconómico se sumaron los puntos obtenidos y de esta manera se obtuvo el resultado final de cada participante y se lo clasificó como nivel socioeconómico alto, medio alto, medio típico, medio bajo y bajo.

Para identificar el cumplimiento o no de la meta de control de los adultos hipertensos se procedió a tomar la tensión arterial con un tensiómetro que posee manómetro aneroide, brazalete estándar con bolsa inflable (manguito), bomba de caucho (pera) y estetoscopio, dichos equipos están certificados por la empresa Instruequipos, en el cual consta que son nuevos, están calibrados y que han pasado el control de calidad. Se midió

la tensión arterial con el individuo en posición sentado y siguiendo las recomendaciones del protocolo de atención de ECNT del MSP del Ecuador, se repitió la medición por tres ocasiones separadas por 1 a 2 minutos y se definió el promedio entre la segunda y tercera medición, de esta manera se los clasificó como cumple o no cumple la meta de control. Es decir cumplieron, los pacientes menores de 60 años de edad con cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mm Hg, los pacientes mayores o igual a 60 años de edad con cifras menores a 150/90 mm Hg y por último los pacientes hipertensos de cualquier edad en presencia de otra enfermedad como diabetes mellitus y/o enfermedad renal crónica no diabética con cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mm Hg. La tensión arterial fue tomada solamente por la autora del trabajo y con un solo equipo, para evitar los sesgos en el procedimiento.

3.6 Plan de procesamiento de la información

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Excel y el paquete estadístico SPSS versión 20. Las variables cualitativas fueron resumidas en porcentajes y las variables cuantitativas a través de la media. Con una significación estadística de los resultados obtenidos $p \leq 0.05$.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados e Interpretación de datos.

4.1.1 Hipertensos conocimiento y meta de control según género

El género constituye un factor importante dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles reportado muchas de las veces como factor de riesgo no modificable, las mujeres frecuentemente es el sexo que más se ve afectado por estas enfermedades debido a los factores de riesgo modificables como el sobrepeso y la obesidad.

La Tabla No 5 muestra el conocimiento de los pacientes hipertensos según sexo, predominó el femenino con el 70% de los pacientes estudiados. El 73,80% tuvo conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA, el 18,80% conoce medianamente y apenas el 7,50% no conoce. Del grupo que mostró conocimiento, el 50% corresponde a las mujeres y el 23,8% a los hombres. Al analizar estadísticamente la asociación entre el sexo y el conocimiento, la prueba de chi cuadrado de Pearson realizada, no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$), por lo que se concluye que no existe asociación entre estas dos variables.

Es probable que las mujeres acudan a la consulta médica a edades más tempranas debido al hábito cultural de prevenir otras enfermedades propias de su sexo⁷.

Tabla No 5. Distribución de pacientes hipertensos y conocimiento según género. Subcentro de Salud la Vicentina 2016.

Género	No Conoce	%	Conoce Medianamente	%	Conoce	%	Total	%
Masculino	2	2,50%	3	3,80%	19	23,80%	24	30,00%
Femenino	4	5,00%	12	15,00%	40	50,00%	56	70,00%
Total	6	7,50%	15	18,80%	59	73,80%	80	100,00%

Chi cuadrado= 0.882

p= 0.699

Fuente: Cuestionario conocimiento HTA.

Elaborado: Gabriela Castillo.

El estudio RENATA es el primer registro de HTA llevado a cabo en diferentes regiones de la Argentina ⁷. El cual obtuvo desconocimiento de la enfermedad significativamente mayor en los hombres que en las mujeres, fundamentalmente entre los más jóvenes (< 44 años) ⁷.

Rodriguez J. Laucerique T. en su estudio prevalencia de la HTA conocimiento y adhesión al tratamiento, encontró mayor prevalencia de mujeres hipertensas con niveles no óptimos de conocimiento teniendo como factor de riesgo principal la obesidad, datos similares se encontraron en esta investigación con respecto al sexo, en contradicción con el conocimiento ya que en este estudio fue alto ²³. La presente investigación no estudió factores de riesgo, por lo que queda abierta para futuras investigaciones.

Tabla No 6. Distribución de pacientes hipertensos y meta de control según género. Centro de Salud la Vicentina 2016.

Género	Cumple	%	No Cumple	%	Total	%
Masculino	15	30,60%	9	29,00%	24	30,00%
Femenino	34	69,40%	22	71,00%	56	70,00%
Total	49	61,25%	31	38,75%	80	100,00%

Chi cuadrado= 0.023

p= 1

Elaborado por Gabriela Castillo.

En la Tabla No 6, el 61,25% de la población logró la meta de control y 38,75% no logró. Del grupo que cumplió la meta de control predominó el sexo femenino con el 69,40%. No existe asociación entre la variable género y cumplimiento de la meta de control, ya que chi cuadrado no fue estadísticamente significativo ($p > 0.05$). Lo anterior conduce a establecer estrategias de promoción y prevención, relacionadas con estados de salud en pacientes hipertensos, que estén dirigidas a toda la comunidad, sin establecer un enfoque de género.

A pesar de estos resultados estadísticos, son las mujeres las que acuden con mayor frecuencia a la consulta, preocupadas por la salud familiar, y por lo tanto es probable que practiquen las recomendaciones dadas por su médico en el bien de su propia salud.

En el 2016, en esta misma unidad operativa, se estudiaron las mujeres con malnutrición por exceso, encontrándose mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, consideradas factores de riesgo para desarrollar HTA.

Actualmente, el establecimiento del nivel de atención primaria de salud que incluye el programa de atención y seguimiento de los pacientes

hipertensos, priorizado, por considerarse un problema de salud pública, facilita que el médico familiar ofrezca servicios de promoción y prevención que por ende alcance las metas de control de las enfermedades crónicas no transmisibles, apoyado por el proceso de dispensarización, que establece el seguimiento y control periódico tanto en las unidades de salud como en el hogar de estos pacientes.

Datos similares González M. Toirac Y. mostraron en su estudio sobre caracterización de HTA en adultos mayores, predominio del sexo femenino explicándole desde la posible disminución de la protección hormonal en edades avanzadas, y el control de las cifras de tensión arterial en más de la mitad de la población estudiada lo consideran como respuesta al tratamiento realizado y a la aplicación de programas de diagnóstico y control de la HTA ²⁴.

4.1.2 Hipertensos conocimiento y meta de control según edad

En los últimos años se experimentan cambios en la demografía a nivel mundial, el envejecimiento poblacional comienza hacerse evidente y con ello el incremento de las enfermedades crónicas, siendo la HTA la más frecuente.

El control de las enfermedades crónicas en países desarrollados parte del hecho de la tecnología disponible, en los países latinoamericanos adquiere valor considerable el cumplimiento de las metas de control de las enfermedades establecidas en los programas de salud pública.

Tabla No 7. Pacientes hipertensos y conocimiento según edad. Centro de Salud la Vicentina 2016.

Grupos de Edad	No Conoce	%	Conoce Medianamente	%	Conoce	%	Total	%
Adulto Joven	0	0,00%	1	6,70%	2	3,40%	3	3,80%
Adulto Maduro (40-59)	0	0,00%	3	20,00%	21	35,60%	24	30,00%
Adulto Maduro (60-64)	1	16,70%	1	6,70%	6	10,20%	8	10,00%
Adulto Mayor	5	83,30%	10	66,70%	30	50,80%	45	56,20%
Total	6	7,50%	15	18,80%	59	73,80%	80	100,00%

Chi cuadrado= 5.31

p= 0.506

Fuente: Cuestionario conocimiento HTA.

Elaborado por Gabriela Castillo.

La Tabla No 7 muestra el conocimiento de los pacientes hipertensos estudiados según grupos de edad. Predominó el adulto mayor con el 56,20%, y el 83,30% de este mismo grupo etario de no conocimiento de tratamiento y complicaciones de la HTA, seguido del grupo de adulto maduro (40 a 59 años) con el 30,00% y 35,60% de los que mostraron conocimiento en el tema. Estadísticamente no fue significativa la asociación entre el conocimiento y la edad ($p > 0.05$).

Sin embargo a pesar del análisis estadístico se describió mayores frecuencias en el adulto mayor en las categorías de la variable no conocimiento, ya que son los adultos mayores los que biológicamente presentan limitaciones como por ejemplo algún tipo de discapacidad (hipoacusia, disminución de la agudeza visual) en la percepción de los conocimientos y de su estado de salud, aunque es considerable atender las acciones de promoción y prevención necesarias en este grupo específico.

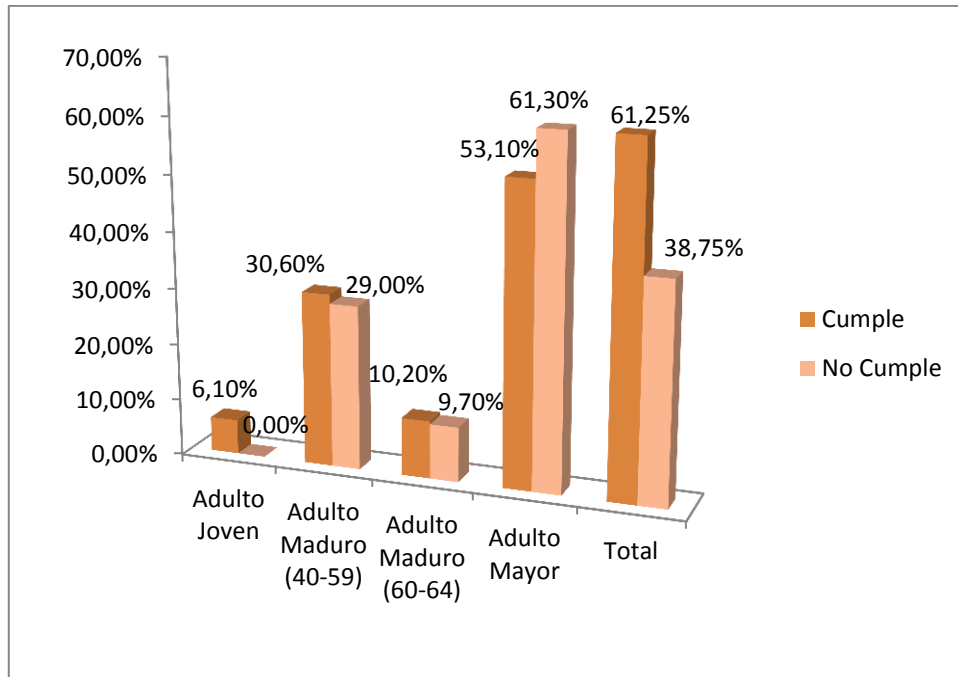


Gráfico No 1. Pacientes hipertensos y meta de control según edad. Centro de Salud la Vicentina 2016.

Elaborado por Gabriela Castillo.

El gráfico No 1, muestra los pacientes según grupos de edad y la meta de control. El 61,30% de los que no cumplieron la meta de control corresponden al grupo de los adultos mayores, sin embargo el grupo de adulto joven no reporta casos. Los resultados del análisis estadístico, chi cuadrado igual a 2.148 y $p= 0.603$, indican que no hay dependencia entre la variable edad y meta de control.

A pesar de no existir dependencia entre estas dos variables, es evidente que la implementación del modelo de atención integral de salud en la población estudiada, comienza a mostrar resultados de impacto en el predominio de pacientes controlados, al observar que en toda la población la mayor frecuencia correspondió al grupo que cumple la meta de control.

Sin embargo la última encuesta nacional de salud Chile reportó control bajo de la HTA ²⁵, Veliz-Rojas L. en Chile ²⁶ y Wagner A. y Sadoun A. en Francia encontraron similares resultados en la población estudiada. ²⁶

4.1.3 Hipertensos conocimiento y meta de control según nivel de escolaridad.

Las condiciones económicas de la sociedad impactan en la educación de sus integrantes. En la actualidad Ecuador se encuentra entre los países que dirigen sus políticas a programas que indudablemente contribuyen a elevar la escolaridad de la población.

Tabla No 8. Distribución de hipertensos y el conocimiento según el nivel de escolaridad. Centro de Salud la Vicentina 2016.

Nivel de Escolaridad	No Conoce	%	Conoce Medianamente	%	Conoce	%	Total	%
Analfabeto	0	0,00%	0	0,00%	1	1,70%	1	1,20%
Primaria	6	100,00%	13	86,70%	26	44,10%	45	56,20%
Secundaria	0	0,00%	1	6,70%	16	27,10%	17	21,20%
Bachiller	0	0,00%	0	0,00%	3	5,10%	3	3,80%
Superior	0	0,00%	1	6,70%	13	22,00%	14	17,50%
Total	6	7,50%	15	18,80%	59	73,80%	80	100,00%

Chi cuadrado = 13.97

p= 0.127

Fuente: Cuestionario Conocimiento HTA

Elaborado por Gabriela Castillo.

En la Tabla No 8 se observa el conocimiento de los pacientes hipertensos según el nivel de escolaridad. Predominó el nivel primario con el 56,20%. De los pacientes que no conocen sobre tratamiento y complicaciones de la HTA el 100% corresponden al nivel primario y del grupo que conoce

medianamente el 86,70% pertenecen a este mismo nivel de escolaridad, el análisis estadístico de chi cuadrado determinó que no hubo asociación entre estas variables ($p > 0.05$).

El nivel de escolaridad primaria constituyó más del 50% de la población, lo que explica que las frecuencias relevantes se manifestaran dentro de este nivel de escolaridad.

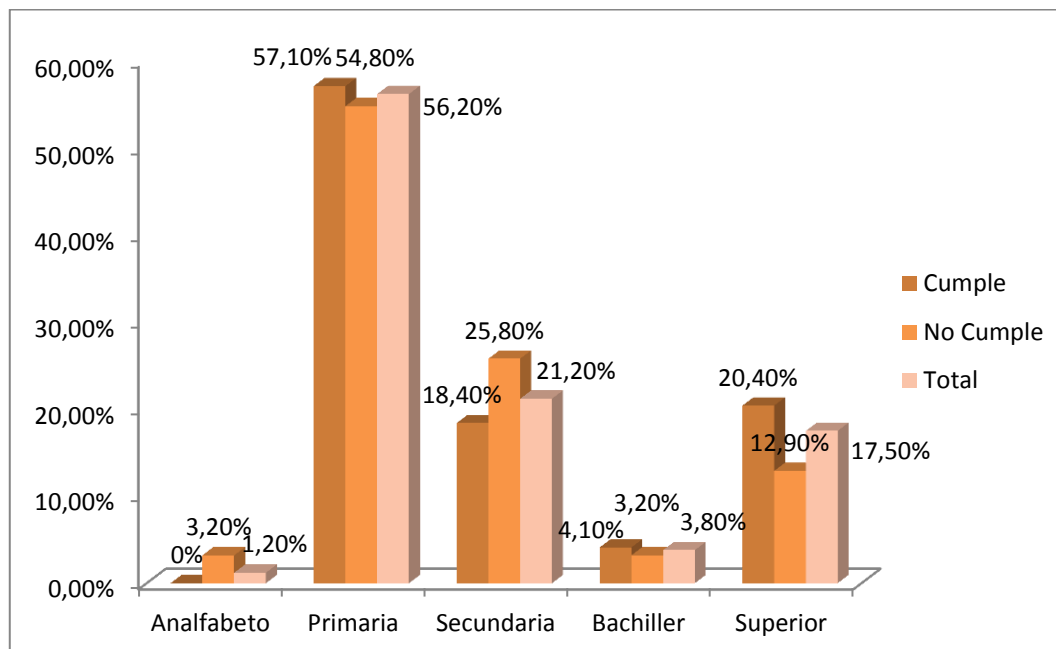


Gráfico No 2. Hipertensos y meta de control según escolaridad. Centro de Salud la Vicentina 2016.

Elaborado por Gabriela Castillo.

El gráfico No 2, muestra los hipertensos y meta de control según escolaridad. El 61,25 % del total de la población cumplió la meta de control, el 54,80 % de los que no cumplieron la meta de control pertenecen al nivel primario. Al realizar el procedimiento estadístico (chi cuadrado igual a 2.741, $p = 0.682$), se puede decir que no existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables, es decir, no hubo dependencia entre el nivel escolar y el cumplimiento de la meta de control.

Coincidiendo con Bavio E, Mansilla F. en su estudio piloto el cual reportó que la menor escolaridad son marcadores de peor percepción de la HTA.²⁷ Cervantes R. evidenció predominio de escolaridad secundaria en los pacientes con enfermedades crónicas controladas.³¹

4.1.4 Hipertensos conocimiento y meta de control según nivel socioeconómico.

La población mundial que reporta los casos de enfermedades crónicas no transmisibles están relacionadas con la pobreza, ineficiente desarrollo socioeconómico y escaso bienestar social, dichas afirmaciones son aportadas por la OMS quien asume la prevención y el control de estas enfermedades a partir de un desarrollo reconocido del conocimiento científico y la tecnología al servicio de los sistemas de salud.

Tabla No 9. Hipertensos y conocimiento según nivel socioeconómico. Centro de Salud la Vicentina 2016.

Nivel Socio Económico	No Conoce	%	Conoce Medianamente	%	Conoce	%	Total	%
Medio Alto	0	0,00%	0	0,00%	6	10,20%	6	7,50%
Medio Típico	2	33,30%	6	40,00%	21	35,60%	29	36,20%
Medio Bajo	2	33,30%	8	53,30%	31	52,50%	41	51,20%
Bajo	2	33,30%	1	6,70%	1	1,70%	4	5,00%
Total	6	7,50%	15	18,80%	59	73,80%	80	100,00%

Chi cuadrado= 13.628

p= 0.04

Fuente: Cuestionario Conocimiento HTA, encuesta nivel socioeconómico INEC.

Elaborado por Gabriela Castillo.

En la tabla No 9 del total de pacientes hipertensos, el nivel socioeconómico medio bajo estuvo constituido por el 51,20%, en el grupo que conoce medianamente sobre tratamiento y complicaciones de la HTA el 53,30 % se encontró en este mismo nivel socioeconómico, en el análisis estadístico resultó la prueba chi cuadrado estadísticamente significativa ($p < 0.05$), lo que define que existe asociación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento.

Se debe tener en cuenta que el área al cual pertenecen estos pacientes es urbana, por tal motivo hay un predominio del nivel medio bajo seguido del medio típico, además al pertenecer a esta zona tienen mayor y fácil acceso a la tecnología y a los servicios de salud, la unidad operativa a la cual pertenecen estos pacientes se encuentra a diez minutos del centro de la ciudad, además un gran porcentaje de los participantes tiene al menos instrucción primaria, estos probablemente son factores que influyen para que en este nivel socioeconómico exista conocimiento mediano.

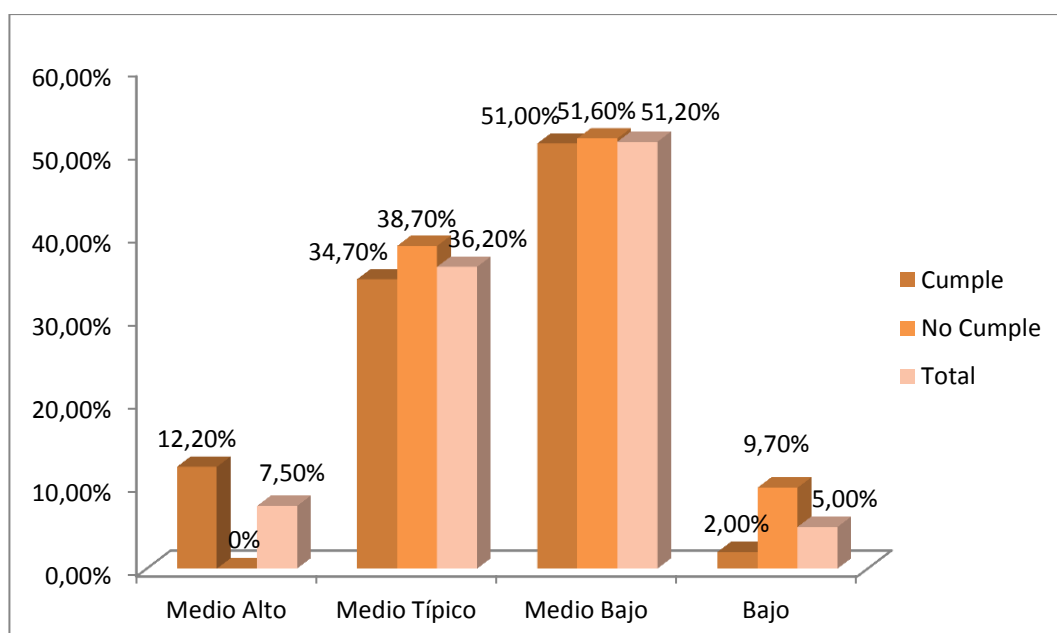


Gráfico No 3. Hipertensos según nivel socioeconómico y meta de control. Centro de Salud la Vicentina 2016.
 Fuente: Encuesta nivel socioeconómico INEC.
 Elaborado por Gabriela Castillo.

El Gráfico No 3 muestra los pacientes hipertensos según el nivel socioeconómico y la meta de control, en el cual el 51,60% de los que no cumplieron la meta de control se encuentran en el nivel medio bajo, sin embargo con un porcentaje similar 51,00% de los que si cumplieron la meta de control están en el mismo nivel socioeconómico. El análisis estadístico fue no significativo, al calcular chi- cuadrado y $p > 0.05$, define que no existe dependencia entre el nivel socioeconómico y el cumplimiento de la meta de control.

No obstante y atendiendo a que es el nivel socioeconómico un determinante del estado de salud de la población, no es un factor a descartar en el momento de realizar acciones de intervención a favor de la salud de la población estudiada.

Guerrero J. Sanchez J. estudiaron los factores protectores de enfermedades crónicas en donde el nivel socioeconómico impactaba minimizando los riesgos de estas enfermedades, resultados similares obtenidos en la población estudiada al considerar esta variable con el cumplimiento de la meta de control en cuanto a las frecuencias relevantes, ya que resultados estadísticos demostraron lo contrario.²⁹

4.1.5 Hipertensos conocimiento y meta de control

La educación por parte del personal de salud conjuntamente con la modificación de factores de riesgo de las personas con HTA constituye un aspecto primordial tanto en el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y el control de las cifras de presión arterial. Es evidente que el proceso educativo proporcione cambios positivos involucrando al paciente y a su familia.

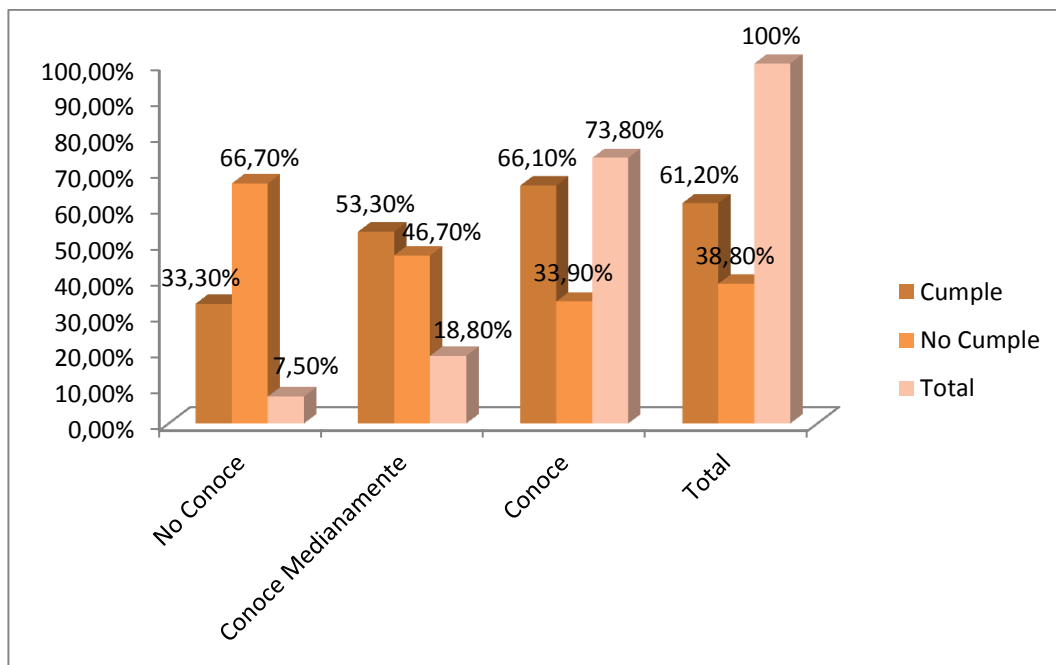


Gráfico No 4. Hipertensos según conocimiento y meta de control. Centro de Salud la Vicentina 2016.

Fuente: Cuestionario conocimiento HTA.

Elaborado por Gabriela Castillo.

El gráfico No 4 muestra la distribución de los pacientes hipertensos de acuerdo al nivel de conocimiento y la meta de control. El 66,10% de los que cumplieron la meta de control mostraron conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA, seguidos del 53,30% que conocían medianamente. El 66,70% no cumplieron la meta de control y no demostraron conocimiento en el tema.

La influencia del conocimiento ha sido descrito en la literatura relacionada con el cumplimiento de la meta de control de la presión arterial; sin embargo en este estudio no se obtuvo significación estadística (chi cuadrado igual a 2.951, $p=0.216$), lo que explica que no existe influencia del conocimiento en el cumplimiento de la meta de control. Estos resultados conducen a la necesidad de desarrollar estudios posteriores en los que se incorporen otros factores, que teniendo en cuenta los

conceptos de salud actuales, estén relacionados con el cumplimiento de la meta de control para la hipertensión arterial.

Ortiz R, Ortiz A, Villalobos M. en un estudio realizado en Ecuador encontraron un mejor control de la presión arterial según cifras del JCN 8.

30

Benitez M, Egocheaga M, Dalfó A. de su estudio realizado en España no encontraron relación entre el conocimiento y el control de la enfermedad, datos similares fueron obtenidos en esta investigación según datos estadísticos.³¹

4.2 Verificación de hipótesis

4.2.1 Planteamiento de la Hipótesis

Hipótesis Nula (H_0): El conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA no logra el cumplimiento de la meta de control de la presión arterial.

Hipótesis Alternativa (H_1): El conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA logra el cumplimiento de la meta de control de la presión arterial.

4.2.2 Nivel de significancia

El nivel de significancia es del 5%. Ose α (Alfa)= 0,05

4.2.3 Estadístico de prueba

El estadístico de prueba seleccionado para probar la hipótesis nula fue el χ^2 (chi cuadrado de Pearson).

4.2.4 Lectura al p-valor

Se interpreta el p valor del chi cuadrado para la toma de decisión, de manera que si este es mayor que el nivel de significación (0.05), no se

rechaza la hipótesis nula e inversamente si el p valor es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula aceptando la hipótesis alternativa.

El p-valor calculado para probar la hipótesis fue mayor que el nivel de significancia.

4.2.5 Toma de decisiones

Se rechaza la hipótesis alterna por ser el p-valor calculado del estadístico de pruebas mayor que el nivel de significancia establecida, por lo tanto se da por aceptado la Hipótesis Nula (H_0): El conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA no logra el cumplimiento de la meta de control de la presión arterial.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En la investigación realizada predominaron las mujeres, los adultos mayores, la escolaridad primaria y el nivel socioeconómico medio bajo.
- Existieron frecuencias relevantes que mostraron en los pacientes estudiados influencia del conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA en el cumplimiento de la meta de control.
- Estadísticamente no se encontró la existencia de asociación entre el conocimiento y el cumplimiento de la meta de control.

5.2 Recomendaciones:

- Realizar a futuro otras investigaciones en donde se estudie factores de riesgo y otros relacionados con los pacientes hipertensos y el personal de salud en el cumplimiento de la meta de control como el índice de masa corporal y estadio de la enfermedad, conducta terapéutica, entre otros.
- La aplicación de la guía de propuesta de promoción de salud y prevención de complicaciones de la HTA en centros de salud del nivel primario de atención.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

6.1.1 Título

Reactivación del club de hipertensos para la promoción y prevención de complicaciones por HTA.

6.1.2 Institución efectora

Subcentro de Salud La Vicentina.

6.1.3 Beneficiarios

Los beneficiarios de esta propuesta serán las personas que padecen de hipertensión arterial que acuden al Subcentro de Salud La Vicentina.

6.1.4 Ubicación

Subcentro de Salud la Vicentina del cantón Ambato provincia de Tungurahua.

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución

Su ejecución se pretende realizar posterior a la aprobación de la misma, realizando reuniones mensuales y evaluaciones con frecuencia de dos veces al año según establece la dispensarización para esta enfermedad crónica de acuerdo a lo establecido en el MAIS, lo que permitirá verificar los cambios que se establezcan en los pacientes su familia y la comunidad.

6.1.6 Equipo técnico responsable

El equipo estará constituido por todos los integrantes que establece el MAIS.

6.1.7 Costo

La propuesta tiene como presupuesto 6250 dólares los mismos que serán invertidos en materiales destinados a los beneficiarios.

Tabla No 12. Presupuesto de la Propuesta

DESCRIPCION	VALOR
Recurso humano	1100
Equipos médicos	350
Reactivos de laboratorio	1800
Exámenes de imagen	1500
Material de oficina y equipos de proyección	1500
Total	6250

Elaborado por Gabriela Castillo.

6.2 Antecedentes de la propuesta

La investigación realizada en el Subcentro de Salud la Vicentina con 80 pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa dieron los siguientes resultados estadísticos: predominaron las mujeres con el 70%, los adultos mayores con el 56,20%, la instrucción primaria 56,20% y el nivel socioeconómico medio bajo 51,20% del total de la población. El 7,50% mostró desconocimiento de la enfermedad y el 38,75% no cumplió la meta de control de la presión arterial.

De acuerdo a las frecuencias relevantes los pacientes estudiados mostraron influencia con el 73,80% del conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de la HTA en el cumplimiento de la meta de control 69,40%. Sin embargo estadísticamente no se encontró relación entre el conocimiento y la meta de control al encontrar un p valor > 0.05.

6.3 Justificación

En la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial aparecen con gran frecuencia sobre todo en la población adulta madura, constituye un factor de riesgo importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares constituyendo como las enfermedades con alta mortalidad y discapacidad provocando altos gastos en la salud de los países.

El lograr el cumplimiento de la meta de control de las cifras de tensión arterial constituye el mejor predictor en la prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial, así como también, un aspecto importante en el cumplimiento de las metas de control de otro tipo de enfermedad crónica es determinar el riesgo cardiovascular global en un tiempo determinado. ²⁵

La OMS estima que el 80% de las muertes prematuras debidas a las enfermedades cardiovasculares y a la diabetes podrían evitarse al controlar los factores de riesgo ⁵, mediante la información que se brinde al paciente por parte del personal de salud. El cambio de los estilos de vida que se puede lograr con el conocimiento de la hipertensión por parte de la población ¹², actúa sinérgicamente con el tratamiento farmacológico y tiene un beneficioso efecto sobre otros factores de riesgo y el bienestar de las personas en general ¹².

La Atención primaria de salud está destinada a la promoción de salud, prevención de enfermedades y a la rehabilitación, por lo tanto esta propuesta se la debe realizar ya que la población a la cual va destinada es asequible y sin constituir riesgo para la misma.

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 ³⁴.

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 ³⁶.

La ley Orgánica de Salud ordena:

Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias ³⁶.

Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declaraos prioritarios y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información... 14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes ³⁶.

6.4 Objetivos

6.4.1 Lograr que la población se integre y participe activamente en las actividades del grupo para alcanzar la meta de control en pacientes

hipertensos y por lo tanto disminuir las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

6.4.2 Evaluar el impacto de la estrategia en la hipertensión arterial.

6.5 Análisis de factibilidad

La propuesta es factible realizarla atendiendo a los recursos humanos y materiales que posee el Centro de Salud la Vicentina, en este caso cuenta con 3 médicos especialistas en medicina familiar, 1 médico especialista en atención primaria de salud, 1 médico general, 2 odontólogas 2 licenciadas en enfermería, 1 psicólogo, internos rotativos de medicina y enfermería, así como médicos especialista del segundo nivel de atención los cuales serán invitados de acuerdo a las necesidades del grupo tal es el caso de un médico cardiólogo y nefrólogo, de igual manera se cuenta con los equipos médicos necesarios, espacio físico y el funcionamiento del comité local de salud como fortaleza de la atención primaria de salud.

6.6 Fundamentación

HIPERTENSION ARTERIAL

Es una enfermedad sistémica, su etiología es multifactorial, la cual consiste en la elevación crónica de las cifras de tensión arterial por encima de los valores considerados como normales ¹⁰. El valor óptimo de la presión arterial debe ser 120/80 mm Hg. Se considera HTA cuando las cifras de tensión arterial sistólica son iguales o mayores a 140 mm Hg y 90 mm Hg para la diastólica ¹⁰. Se asocia a daños importantes de órganos blanco (corazón, riñones, vasos sanguíneos, órganos de la visión y encéfalo). Todas estas condiciones aumentan importantemente los riesgos de eventos cardiovasculares ¹⁰.

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes en patología cardiovascular, representado un problema en más de la cuarta parte de la población occidental ¹⁵.

EVALUACION DEL PACIENTE

La evaluación de los pacientes con hipertensión documentada tiene tres objetivos:

1. Evaluar los estilos de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que puedan afectar el pronóstico y guiar el tratamiento.
2. Detectar causas identificables de elevación de la presión arterial (hipertensión secundaria).
3. Evaluar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y otras enfermedades cardiovasculares ¹⁸.

Los datos para cumplir con estos tres objetivos serán proporcionados por la entrevista médica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y por otros procedimientos diagnósticos ¹⁸. El examen físico debería incluir una medición precisa de la presión arterial, con verificación en el brazo contralateral, el examen del fondo de ojo, el cálculo del índice de masa corporal (IMC) (también puede usarse la medida de circunferencia de cintura), la auscultación de los ruidos carotídeos, abdominales y femorales, la palpación de la glándula tiroidea, el examen minucioso del corazón y los pulmones, examen abdominal que incluya riñones, detección de masas palpables y pulsaciones aórticas anormales, la palpación de pulsos y la búsqueda de edemas en extremidades inferiores, así como la valoración neurológica ¹⁸.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES ¹⁰

- Tabaquismo
- Diabetes
- Dislipidemia
- Sedentarismo
- Obesidad
- Obesidad abdominal

- Valores de triglicéridos ≥ 150 mg/dl
- Valores de HDL < 40 mg/dl

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES ¹⁰

- Edad
- Sexo
- Antecedentes patológicos de enfermedades cardiovasculares
- Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares

EVALUACION DEL LABORATORIO ¹⁰

- Hemoglobina y hematocrito
- Glucosa plasmática en ayunas
- Colesterol total en suero en ayunas.
- Colesterol-LDL en suero en ayunas
- Colesterol-HDL en suero en ayunas
- Triglicéridos séricos en ayunas
- Ácido úrico en suero en ayunas
- Creatinina en suero en ayunas
- Elemental y microscópico de orina
- Microalbuminuria ¹⁰.

EVALUACION DE GABINETE ¹⁰

- Electrocardiograma
- Radiografía de Tórax
- Eco de grandes vasos y ecocardiograma ¹⁰.

TRATAMIENTO

La meta de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbimortalidad por eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y la prevención del daño renal ¹⁰. Se recomienda en menores de 60 años de edad lograr cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mm Hg y el VIII JNC recomienda, en todas las edades pero en presencia de diabetes o

enfermedad renal crónica, los mismos valores, por último en mayores o igual a 60 años de edad cifras menores a 150/90 ¹⁰.

- Manejo no farmacológico
 - Instauración permanente en el cambio de estilos de vida con el objetivo de reducir las cifras de presión arterial y controlar otros factores de riesgo ¹⁰.
 - Actividad y ejercicio físico
 - Nutrición saludable
 - Reducción de consumo de sal
 - Suspender el tabaquismo (consejería y ayuda a los fumadores para que dejen de fumar)
 - Disminuir la ingesta de alcohol
 - Reducción y estabilización del peso
 - Control del stress psicosocial
 - Promover terapias de relajación, cognitivas y meditación
 - Para todas estas recomendaciones debe existir la participación de un equipo multidisciplinario ¹⁰.
- Educación al paciente ¹⁰.
 - Reforzar la postconsulta
 - Promover y reforzar a los grupos de pacientes hipertensos.
 - Por tratarse de una enfermedad crónica, progresiva, irreversible y muchas veces incapacitante, la hipertensión arterial afecta la vida tanto de la persona que la padece, como de su entorno familiar social y laboral, en caso de un control inadecuado ¹⁰.
 - La educación es un derecho de la persona con hipertensión arterial y una obligación de los prestadores de salud. Es una actividad terapéutica de igual importancia o inclusive mayor que cualquiera de los otros componentes del tratamiento y como tal debe estar bajo la responsabilidad y dirección del equipo de salud, debe cumplir con estándares mínimos y ser evaluada periódicamente ⁸.

- Ejercicio

En pacientes hipertensos, el riesgo de enfermedad cardiovascular es elevado, se les debe realizar una prueba de esfuerzo antes de iniciar la rutina de ejercicio, la cual se recomienda para identificar isquemia, arritmias e isquemia miocárdica asintomática, entre otras. La prueba de esfuerzo también puede proporcionar datos acerca de la frecuencia cardíaca máxima y la respuesta de la presión arterial, los que servirán para establecer la prescripción del ejercicio. Hay pacientes que también cursan con otras patologías de origen osteomuscular que deben tomarse en cuenta a la hora de indicar el ejercicio ⁸.

La presión arterial puede disminuir con 30 minutos de actividad física moderadamente intensa como trotar (en forma acelerada) seis a siete días a la semana o por ejercicios más intensos y menos frecuentes ⁸.

- Peso

Mantener el peso corporal dentro de los límites normales con un índice de masa corporal entre 18.5 a 24.9 Kg/m². La reducción de 9.2 Kg (20.2 libras) de peso disminuye un promedio de 6.3/3.1 mm/Hg las cifras de presión arterial ⁸.

- Alimentación

Un régimen rico en frutas, verduras, fibras, lácteos con bajos porcentajes de grasas (dieta DASH). Disminuir la ingesta de sodio a menos de 5 g/día con lo cual se logra disminuciones de hasta 10 mmHg de presión arterial ⁸.

➤ Tratamiento Farmacológico

- Se recomienda tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos de más de 60 años si su presión arterial sistólica es mayor de 150 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg. Además,

si en este grupo se consiguen cifras de presión arterial sistólica menores de 140 mmHg y no asocia efectos adversos, el tratamiento no precisa ajustes ¹⁵.

- En la población general menor de 60 años, el JNC 8 recomienda tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial diastólica por debajo de 90 mmHg. A pesar de que la evidencia es menor, también recomiendan iniciar tratamiento para disminuir la presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg ¹⁵.
- Para aquellos pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus mayores de 18 años, la recomendación es la administración de tratamiento médico con un objetivo de presión arterial menor de 140/90 mmHg ¹⁵.
- En cuanto al fármaco antihipertensivo recomendado, para la población general que no sea de raza negra (incluidos pacientes diabéticos) se puede iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II). Para los pacientes de raza negra (incluidos los diabéticos), los fármacos de inicio recomendados son o bien diuréticos tiazídicos, o bien antagonistas del calcio. Si el paciente presenta enfermedad renal crónica, los fármacos de inicio recomendados son IECA ó ARA II ¹⁵.
- El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es el mantenimiento de las cifras de tensión arterial previamente referidas. Si en el plazo de un mes no se alcanza objetivos, se recomienda aumentar la dosis del fármaco utilizado o añadir uno nuevo (esta última opción hay que valorarla si las cifras de tensión arterial al inicio son mayores de 160/100 mmHg). En líneas generales, se recomienda no utilizar la asociación IECA/ARA II ¹⁵.

En los ensayos clínicos, la terapia antihipertensiva se ha asociado a reducciones de un 35-40 % en la incidencia de accidente vascular encefálico, de un 20-25% en el infarto del miocardio, y de más de un 50% en la insuficiencia cardíaca ¹⁸. Se estima que en pacientes con hipertensión en Etapa 1 (PAS 140-159 mmHg y/o PAD 90-99 mmHg) y otros factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, una reducción mantenida de 12 mmHg en 10 años evitará una muerte por cada 11 pacientes tratados ¹⁰. y en presencia de enfermedades cardiovasculares o daño en órganos diana, se requerirá tratar a sólo 9 pacientes para evitar una muerte ¹⁸.

6.7 Metodología, modelo operativo

Tabla No 13. Modelo Operativo

1era Fase Planificación	Meta	Evolución	Presupuesto	Recursos
Autorización de la propuesta, integración al grupo	Marzo 2017	Autorización por los directivos distritales	50 dólares	Equipo de Salud Materiales de oficina
2da Fase Ejecución	Meta	Evolución	Presupuesto	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Socialización: llamadas telefónicas, familiares, visitas domiciliarias, anuncios en la unidad operativa • Capacitación al personal de salud. • Organización de actividades mensuales con el equipo de salud. • Capacitación a los participantes y familiares con los temas: 	<p>Socialización: Abril 2017</p> <p>Capacitación y organización equipo de salud Mayo – junio 2017</p>	<p>Cumplimiento de la fase de ejecución de forma progresiva para concretar la meta.</p> <p>Desarrollo de las acciones de salud propuestas</p>	3200 dólares	Equipo de salud Materiales: instrumentos médicos y oficina.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad silenciosa, morbimortalidad. 2. Factores de riesgo 3. Alimentación saludable 4. Estilos de vida saludables 5. Tratamiento 6. Importancia del control médico 7. Complicaciones en general 8. Evaluación 9. Invitados especiales: complicaciones cardiovasculares y renales 10. HTA asociación a otras enfermedades crónicas 11. Importancia del apoyo familiar 	<p>Capacitación participantes y familia Julio 2017- julio 2018</p>			
---	--	--	--	--

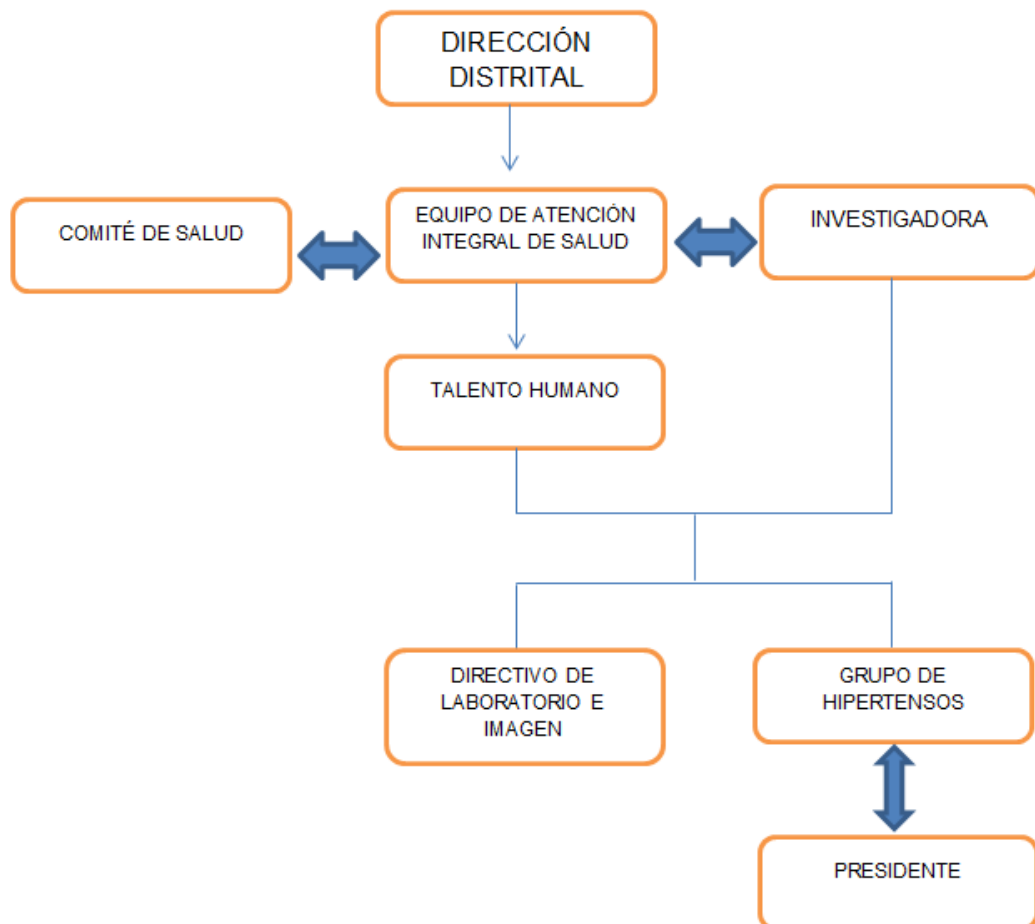
3 era Fase Evaluación	Meta	Evolución	Presupuesto	Recursos
Control y seguimiento a través de la evaluación integral de los participantes: <ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial, peso, talla, IMC, circunferencia abdominal. • Biometría hemática, glucosa, perfil lipídico, urea, creatinina, EMO, microalbuminuria. • Rx estándar de tórax y EKG. • Modificación de estilos de vida • Factores de riesgo 	Julio 2017, febrero y agosto 2018	Evaluar el cumplimiento del porcentaje de la fase de ejecución.	3000 dólares	Equipo de salud Material: instrumentos médicos, laboratorio, oficina

Elaborado por Gabriela Castillo

6.8 Administración

La propuesta se desarrollará teniendo en cuenta las autoridades competentes al área de salud distribuida de la siguiente manera:

Figura No 2. Esquema administrativo de la propuesta.



Elaborado por Gabriela Castillo

6.9 Previsión de la evaluación

El impacto de la estrategia se evaluará en un año, es decir durante los seis primeros meses y al concluir los doce meses, en donde se llevará a cabo la evaluación tanto del equipo de salud y de los participantes, el equipo de salud tendrá una evaluación permanente. De esta manera se

pretende lograr los objetivos establecidos con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población en general.

LISTA DE CHEQUEO DE LOS PARTICIPANTES DEL GRUPO DE HIPERTENSOS:

- Asistencia mensual a las capacitaciones por parte del personal de salud.
- Participación en las actividades mensuales programadas.
- Meta de control de la presión arterial.
- Exámenes de laboratorio.
- Exámenes de imagen.
- Necesidad de interconsulta con especialistas de cardiología y/o nefrología.
- Modificación de estilos de vida y/o factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pico O. Acceso a las acciones de prevención y control de la hipertensión arterial: una responsabilidad compartida. *Medicas UIS* 2013; 2: 35-41. Disponible en <http://www.medicasis.org/publicaciones/volumen-xxvi/numero-ii/81-revision-de-tema-salud-publica-acceso-a-las-acciones-de-prevencion-y-control-de-la-hipertension-arterial-una-responsabilidad-compartida.html>
2. Organización Mundial de la Salud [OMS] Global Health Observatory Blood pressure: raised blood pressure. 2013. Disponible <http://apps.who.int/gho/data/?vid=2464>
3. OPS OMS insta a las personas en las Américas a chequear su presión arterial para prevenir infartos y accidentes cerebrovasculares. Uruguay 2013. Última actualización mayo 2014. Disponible http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=844:la-opsoms-insta-a-las-personas-en-las-americas-a-chequear-su-presion-arterial-para-prevenir-infartos-y-accidentes-cerebrovasculares&Itemid=0
4. OMS. Información general sobre Hipertensión en el mundo. 2013. Disponible http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
5. Vicente M, Terradillos M, Capdevila L, Ramírez M, López A. Riesgo cardiovascular en la población laboral. Impacto en aspectos preventivos Cardiovascular. *Rev. Mex. Cardiol* vol.25 no.2 México abr./jun. 2014. Disponible http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982014000200002
6. Lira, E. M. T. (2015). IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(2), 156-163.

7. Marin, M. J., Fábregues, G., Rodríguez, P. D., Díaz, M., Paez, O., Alfie, J., & González, M. (2012). Registro Nacional de Hipertensión Arterial: Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Revista argentina de cardiología*, 80(2), 121-129. Disponible <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3925615/2.pdf>
8. Zambrano P. Calidad de la prescripción de fármacos antihipertensivos en el área de Emergencia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Durán en el mes de marzo [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015. Disponible en [repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9058/1/BCIEQ-T-0147 Suárez Maridueña Astrid Carolina.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9058/1/BCIEQ-T-0147_Suárez_Maridueña_Astrid_Carolina.pdf)
9. MSP del Ecuador. Día Mundial de la Hipertensión Arterial: una de cada dos personas hipertensas desconoce su condición. Disponible <http://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial-una-de-cada-dos-personas-hipertensas-desconoce-su-condicion/>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP. Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles. Junio 2011. 51-56. Disponible https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf.
11. Oliveira A, Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.2014;22(3):491-8. Disponible http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf
12. Ortiz Marrón, H., Vaamonde Martín, R. J., Zorrilla Torrás, B., Arrieta Blanco, F., Casado López, M., & Medrano Alberó, M. (2011). 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. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 329-338. Disponible

<http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1135-57272011000400002&lang=e>

13. Garrido, J., Chacón, J., Sandoval, D., Muñoz, R., López, N., Oyarzún, E. & Romero, T. (2013). Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Revista chilena de cardiología*, 32(2), 85-96.
14. Hipertensión Arterial, S. A. Guía para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial. 2011. Disponible en <http://isshp.org/wp-content/uploads/2014/05/Guia-SAHA-Full.pdf>
15. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., & Smith, S. C. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5), 507-520. Disponible <http://documents.mx/documents/hipertension-segun-8vo-comite-new-york-heart.html>
16. Mancia, G., Laurent, S., Agabiti, E., Ambrosioni, E., Burnier, M., & Caulfield, M. J. (2009). Revisión de la guía Europea de manejo de hipertensión: documento de la Sociedad europea de Hipertensión. *Journal Hypertension*, 27, 2121-58.
17. Fernández, A. E., & González, N. S. (2014). Aproximación diagnóstica a la cardiopatía hipertensiva. *Cardiocre*, 49(1), 28-30.
18. Molina D, Martí J. Séptimo informe del Joint Nacional Committee sobre Prevención, Detección, evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial. Disponible http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
19. Nevado A, Bajo J, Benítez M, Dalfó A, Egocheaga M, Molina R, Vara L, Bonet Á, Domínguez M, Flores I, Iglesias J, Martínez A, Pepió J, Sanchis C, Ureña T. HTA estilos de vida y tratamiento no farmacológico. Info semFYC. Páginas 1-8. Disponible https://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/consejos/HTA%20%

20Estilos%20de%20vida%20y%20tratamiento%20no%20farmacologic
o.pdf

20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. 2012. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/M anual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
21. Instituto nacional de estadísticas y censos INEC. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico. 2011. Disponible en http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article &id=112&Itemid=90&
22. Estrada, D, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2013.05.003>
23. Llibre Rodríguez, J., Laucerique Pardo, T., Noriega Fernández, L., & Guerra Hernández, M. (2011). Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina*, 50(3), 242-251.
24. Popa, M. I. G., Rodríguez, M. D. R. G., Castellano, Y. T., & Pérez, J. J. M. (2015). Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel 2014. *Diabetes*, 29(23), 19.
25. Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. Encuesta nacional de Salud 2009-2010 [internet]. Santiago: MINSAL 2012 [consultado 2 Sep 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1tn3tDG>.
26. Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S., & Barriga, O. A. (2015). Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería universitaria*, 12(1), 3-11.
27. Feltri, A., Ventura, C., Gallucci, E., Quiroga, J. M., Allevato, J., Bavio, E., & Olavegogeoascoechea, P. A. (2015). Percepción de enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Estudio Piloto Perception of the Disease in Patients with Type 2 Diabetes and Hypertension. Pilot Study. *hypertension*, 30, 9.

28. Cervantes Becerra, R. G. (2015). *Asociación del apoyo social y el control glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2* (Doctoral dissertation).
29. Alcedo, J. M. G., & Angulo, J. G. S. (2015). Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud*, 25(1), 57-71.
30. Benavides, R. O., Benavides, A. O., Villalobos, M., Valdez, M. T., Cruz, W. S., Añez, R. J., & Valmore Bermúdez, M. D. (2014). Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador/Hypertension prevalence in adult individuals from urban parishes of Cuenca City, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico*, 4(1), 10.
31. Camps, M. B., Cabello, M. I. E., Baqué, A. D., García, J. B., González, L. V., Doménech, C. S., & Pla, A. B. (2015). Estudio Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. *Hipertensión y riesgo vascular*, 32(1), 12-20
32. Fábregues, G. Manual del paciente hipertenso ABC de la hipertensión, el colesterol y la diabetes. Fundación Favoloro, 17,18,25-29,43. Desde <http://www.conductitlan.net/psicologiaclinica/tratamientos/manualpacientehipertenso.pdf>
33. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014 Feb 5;311(5):507-20. doi: 10.1001/jama.2013.284427. Disponible www.evidenciasaludandalucia.es/taxonomy/term/49/feed
34. Constitución de la República del Ecuador. Registro oficial No 449 (20 de octubre 2008). Disponible www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

35. Ley orgánica de salud. Ley No 2006-67. Disponible www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf
36. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ecuador: 2013. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Acuerdo%204194%20NORMA%20TECNICA%20PARA%20DERIVACION%20Y%20FINANC.%20COBERTURA%20INTERNACIONAL%20ENF.%20CATASTR%20FICAS.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para la participación en el trabajo de investigación

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto participar en el estudio “CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES CON INFLUENCIA EN LA META DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS HIPERTENSAS DEL SUBCENTRO DE SALUD LA VICENTINA 2016.”

Aprobado para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos del trabajo de investigación:

1. Caracterizar según variables sociodemográficas a las personas adultas hipertensas del Centro de Salud La Vicentina.
2. Establecer diferencias en el logro de la meta de control según el conocimiento de los adultos hipertensos del Centro de Salud la Vicentina.
3. Proponer una guía, de promoción de salud y prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial.

Se me ha informado que:

1. Acudiré para que me realicen la toma de la tensión arterial, con las indicaciones que me informen.
2. Este estudio en el que participará no tendrá ningún costo económico.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi diagnóstico y tratamiento, así como responder

cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibiré en el transcurso de la investigación

El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

.....

.....

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

En caso de alguna duda que usted tenga favor comunicarse a este contacto telefónico 0996108978.

Anexo 2. Encuesta para valorar el conocimiento sobre HTA

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ENCUESTA PARA VALORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL

Estimado Señor(a) por favor le solicito muy comedidamente responda a las siguientes preguntas las cuales servirán para identificar el conocimiento que posee usted acerca de su enfermedad. Solo puede utilizar esfero y marcar una sola respuesta. Gracias

EDAD: SEXO: NIVEL DE ESCOLARIDAD:

1. HIPERTENSION:

1.1 CUANTOS AÑOS HACE QUE USTED ES HIPERTENSO(A)?

0-5años 6-10 años > de 10 años

1.2 CUAL ES EL VALOR NORMAL DE LA PRESION ARTERIAL?

.....

1.3 ES LA HIPERTENSION UNA ENFERMEDAD PARA TODA LA VIDA?

Si No No lo sé

1.4 HABITUALMENTE, QUIEN LE HACE LA VISITA DE SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSION?

El personal médico El personal de enfermería
Ambos

1.5 LE HAN EXPLICADO QUE ES LA HIPERTENSION?

Si No No lo sé

2. RIESGOS DE LA HIPERTENSION:

2.1 TENER LA PRESION ARTERIAL ELEVADA PUEDE PRODUCIR PROBLEMAS EN LOS OJOS?

Si No No lo sé

2.2 TENER LA PRESION ARTERIAL ELEVADA PUEDE PRODUCIR PROBLEMAS EN EL CORAZON?

Si No No lo sé

2.3 TENER LA PRESION ARTERIAL ELEVADA PUEDE PRODUCIR PROBLEMAS DE ARTROSIS?

Si No No lo sé

2.4 TENER LA PRESION ARTERIAL ELEVADA PUEDE PRODUCIR PROBLEMAS AL CEREBRO?

Si No No lo sé

2.5 TENER LA PRESION ARTERIAL ELEVADA PUEDE PRODUCIR PROBLEMAS A LOS RIÑONES?

Si No No lo sé

3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSION

3.1 UN(A) HIPERTENSO(A) CON DIABETES TIENE MAS RIESGO DE SUFRIR UNA ENFERMEDAD DEL CORAZON?

Si No No lo sé

3.2 UN(A) HIPERTENSO(A) CON OBESIDAD TIENE MAS RIESGO DE SUFRIR UNA ENFERMEDAD DEL CORAZON?

Si No No lo sé

3.3 UN(A) HIPERTENSO(A) FUMADOR(A) TIENE MAS RIESGO DE SUFRIR UNA ENFERMEDAD DEL CORAZON?

Si No No lo sé

3.4 UN(A) HIPERTENSO(A) CON COLESTEROL ALTO TIENE MAS RIESGO DE SUFRIR UNA ENFERMEDAD DEL CORAZON?

Si No No lo sé

4. DIETA

4.1 CREE QUE ES IMPORTANTE LA DIETA PARA EL HIPERTENSO?

Si No No lo sé

4.2 UNA DIETA POBRE EN GRASAS, ABUNDANTE EN FRUTAS Y VERDURAS, ES IMPORTANTE PARA DISMINUIR LA PRESION ARTERIAL?

Si No No lo sé

4.3 ES ACONSEJABLE REDUCIR EL CONSUMO DE SAL?

Si No No lo sé

5. MEDICACION

5.1 CREE QUE SE PUEDE CONTROLAR LA HIPERTENSION SOLO CON MEDICACION?

Si No No lo sé

5.2 TOMA MEDICACION PARA LA HIPERTENSION?

Si No No lo sé

5.3 CREE USTED QUE PUEDE AUMENTAR O DISMINUIR LA DOSIS DE LA MEDICACION SI LE SUBE O LE BAJA LA PRESION ARTERIAL?

Si No No lo sé

5.4 CREE QUE USTED PUEDE DEJAR EL TRATAMIENTO CUANDO TIENE LA PRESION ARTERIAL CONTROLADA

Si No No lo sé

6. MODIFICACIONES DE ESTILOS DE VIDA

6.1 CREE QUE PERDER PESO EN PERSONAS OBESAS PUEDE AYUDAR A BAJAR LA PRESION ARTERIAL?

Si No No lo sé

6.2 CREE QUE CAMINAR CADA DIA DE MEDIA A UNA HORA, PUEDE REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR UNA ENFERMEDAD DEL CORAZON?

Si No No lo sé

6.3 CREE QUE SI TOMA LA VIDA CON TRANQUILIDAD PUEDE FAVORECER EL CONTROL DE LA HIPERTENSION?

Si No No lo sé

7. PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD

7.1 PIENSA QUE EL APOYO DE LA FAMILIA / AMIGOS PUEDE AYUDARLE?

Si No No lo sé

7.2 PIENSA QUE EL MEDICO/A, ENFERMERA/O Y FARMACEUTICO/A PUEDEN AYUDARLE?

Si No No lo sé

USTED PADECE DE DIABETES MELLITUS Y/O ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:

SI NO

PRESION ARTERIAL:

PESO:

TALLA:

IMC:

Anexo 3. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico. INEC 2011

1. CUAL ES EL TIPO DE VIVIENDA
 - Suite de lujo (59)
 - Cuarto (s) en casa de inquilinato (59)
 - Departamento en casa o edificio (59)
 - Casa/villa (59)
 - Mediagua (40)
 - Rancho (4)
 - Choza/ covacha/ otro (4)
2. EL MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES DE LA VIVIENDA ES DE:
 - Hormigón (59)
 - Ladrillo o bloque (55)
 - Adobe/tapia(47)
 - Caña revestida o bahareque / madera (17)
 - Caña no revestida / otros materiales (0)
3. EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO DE LA VIVIENDA ES DE:
 - Duela, parquet, tablón o piso flotante (48)
 - Cerámica, baldosa, vinil o marmetón (46)
 - Ladrillo o cemento (34)
 - Tabla sin tratar (32)
 - Tierra, caña/otros materiales (0)
4. CUÁNTOS CUARTOS DE BAÑO CON DUCHA DE USO EXCLUSIVO TIENE ESTE HOGAR?
 - No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar (0)
 - Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha (12)
 - Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha (24)
 - Tiene 3 cuartos o más de baño exclusivos con ducha (32)
5. EL TIPO DE SERVICIO HIGIENICO CON QUE CUENTA ESTE HOGAR ES:

No tiene (0)
Letrina (15)
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada (18)
Conectado a pozo ciego (18)
Conectado a pozo séptico (22)
Conectado a red pública de alcantarillado (38)

ACCESO A INTERNET

1. Tiene este hogar servicio de internet?
No (0)
Si (45)
2. Tiene computadora de escritorio?
No (0)
Si (35)
3. Tiene computadora portátil?
No (0)
Si (39)
4. Cuántos celulares activados tienen en este hogar?
No tiene celular nadie en el hogar (0)
Tiene 1 celular (8)
Tiene 2 celulares (22)
Tiene 3 celulares (32)
Tiene 4 o más celulares (42)

POSESION DE BIENES

1. Tiene este hogar servicio teléfono convencional ?
No (0)
Si (19)
2. Tiene cocina con horno?
No (0)
Si (29)
3. Tiene refrigeradora?

- No (0)
Si (30)
4. Tiene lavadora?
No (0)
Si (18)
5. Tiene equipo de sonido?
No (0)
Si (18)
6. Cuántos TV a color tiene en este hogar?
No tiene TV a color en el hogar (0)
Tiene 1 TV a color (9)
Tiene 2 TV a color (23)
Tiene 3 o más TV a color (34)
7. Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?
No tiene vehículo exclusivo para el hogar (0)
Tiene 1 vehículo exclusivo (6)
Tiene 2 vehículos exclusivos (11)
Tiene 3 o más vehículos exclusivos (15)

HABITOS DE CONSUMO

1. Alguien en el hogar compra ropa en centros comerciales?
No (0)
Si (6)
2. En el hogar alguien ha usado internet en los últimos seis meses?
No (0)
Si (26)
3. En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?
No (0)
Si (27)
4. En el hogar alguien está registrado en una red social?
No (0)
Si (28)

5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo. Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?

No (0)

Si (12)

NIVEL DE EDUCACION

- 1.Cuál es el nivel de instrucción del jefe el hogar?

Sin estudios (0)

Primaria incompleta (21)

Primaria completa (39)

Secundaria incompleta (41)

Secundaria completa (65)

Hasta 3 años de educación superior (91)

4 ó más años de educación superior (sin posgrado) (127)

Pos grado (171)

ACTIVIDAD ECONOMICA DEL HOGAR

1. Alguien en el hogar esta afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA O ISSPOL?

No (0)

Si (39)

2. Alguien en el hogar tiene seguro de salud privado con hospitalización, seguro de salud privado sin hospitalización seguro internacional, seguros municipales y de consejos provinciales y/o seguro de vida?

No (0)

Si (55)

- 3.Cuál es la ocupación del jefe del hogar ?

Personal directivo de la administración pública y de empresas (76)

Profesionales científicos e intelectuales (69)

Técnicos y profesionales de nivel medio (46)

Empleados de oficina (31)
Trabajador de los servicios y comerciantes (18)
Trabajador calificado agropecuarios y pesqueros (17)
Oficiales operarios y artesanos (17)
Operadores de instalaciones y máquinas (17)
Trabajadores no calificados (0)
Fuerzas Armadas (54)
Desocupados (14)
Inactivos (17)
SUMATORIA DE PUNTAJE FINAL
A (Alto) de 845,1 a 1000 puntos.
B (Medio Alto) 696,1 a 845 puntos.
C+ (Medio Típico) De 535,1 a 696 puntos.
C- (Medio Bajo) De 316,1 a 535 puntos.
D (Bajo) De 0 a 316 puntos.