



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL CENTRO
DE SALUD TIPO A “FUMISA” PERTENECIENTE AL CANTÓN BUENA FE
PROVINCIA DE LOS RÍOS AÑO 2023

Docente

Ing. Mónica Moncayo

Autor:

Lic. Valenzuela Calderón Santiago

2023-2024

Resumen

Es importante conocer que, la tensión arterial elevada, es una complicación en los niveles de medición de la tensión en las arterias, que por lo general se eleva sobre las arterias y esta puede ser de manera continua o sostenida, ya que la hipertensión se da cuando se produce 130/80 mm Hg, y por lo tanto se la presenta como una enfermedad de tipo crónica en la cual el sistema vascular tiene una presión elevada de forma permanente o constante. A partir de ello se ha observado que, la prevalencia de la hipertensión arterial es de 25.55%, lo cual afecta principalmente a las mujeres. Y se ha observado una mayor cantidad de casos de tensiones arteriales elevadas principalmente en personas que cursan entre 50 a 59 años de edad, entre el 2010 y 2018, seguido de los de 65 años. En Ecuador la hipertensión arterial es de 30.8% en personas adultas mayores. Por todo ello se ha dado una elevada preocupación a nivel de salud pública al respecto, teniendo claro que, entre los principales riesgos, se incluyen aspectos como la alimentación inadecuada de la persona, y la falta de actividad física, así como el consumo de ciertas sustancias antidepresivas, drogas, cafeína y otras sustancias. La metodología utilizada en el presente documento incluye un diseño descriptivo, prospectivo, transversal y analítico. Es descriptivo porque se detalla la enfermedad, así como es prospectivo porque se produce en relación al diagnóstico y se analizan resultados que se esperan observar en el futuro, donde se incluye la variable dependiente que son las estrategias para la prevención y control, a su vez que la variable independiente es la tensión arterial elevada, se incluye la totalidad de 70 individuos con algún nivel de tensión arterial elevada o con indicios de esta. Una vez que se completó el desarrollo de los instrumentos, se realizaron los talleres para la prevención y el control de la enfermedad con actividades sobre mejora de la nutrición, hábitos de vida, ejercicios para evitar el sedentarismo. Entre los principales resultados, fue posible reconocer que, en su mayoría los encuestados son adultos mayores, además la mayoría son de género masculino, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad en su mayoría es más de dos años, y en otros casos tienen indicios de hipertensión. A partir de estos resultados se observó importante el planteamiento de los talleres para la prevención y el control de la tensión arterial elevada, los cuales incluyeron temas como la nutrición adecuada, así como otros aspectos como ejercicio físico, control médico periódico. Se concluye con la importancia de crear estrategias para concientizar y dar a conocer a los pacientes sobre la necesidad de mejorar aspectos como la nutrición para prevenir la hipertensión arterial.

Palabras clave: hipertensión, arterial, prevención, control, estrategias

Abstract

It is important to know that high blood pressure is an alteration in blood pressure levels, which generally rises above the arteries and this can be continuous or sustained, since hypertension occurs when 130/80 mm occurs. Hg, and therefore it is presented as permanently or constantly high pressure. From this it has been observed that the prevalence of high blood pressure is 25.55%, which mainly affects women. And a greater number of cases of high blood pressure have been observed mainly in people between 50 and 59 years old between 2010 and 2018, followed by the age group of 65 years and older. In Ecuador, high blood pressure is 30.8% in older adults. For all this, there has been a high level of public health concern in this regard, being clear that the main risk factors include aspects such as poor nutrition of the person, and lack of exercise or physical activity, as well as the consumption of certain antidepressant substances, drugs, caffeine and other substances. The methodology used in this document includes a descriptive, prospective, transversal and analytical design. It is descriptive because the disease is detailed, as well as it is prospective because it occurs in relation to the diagnosis and results that are expected to be observed in the future are analyzed, which includes the dependent variable, which is the strategies for prevention and control, while the independent variable of 70 patients with some level of with signs of this were included. Once the development of the instruments was completed, workshops on prevention were held with activities on improvement of nutrition, lifestyle habits, exercises to avoid a sedentary lifestyle. The majority of respondents are older adults, in addition the majority are male, the time of diagnosis of the disease is mostly more than two years, and in other cases they have signs of hypertension. From these results, the approach of the workshops to prevent and control high blood pressure was observed to be important, which included topics such as adequate nutrition, as well as other aspects such as physical exercise, periodic medical control. It concludes with the importance of creating strategies to raise awareness and inform patients about the need to improve aspects such as nutrition to prevent high blood pressure.

Keywords: hypertension, arterial, prevention, control, strategies

Introducción general

El presente proyecto de investigación se centra en el estudio de la tensión arterial elevada en los usuarios mayores de 18 años del establecimiento de salud tipo A, Fumisa en la costa del Ecuador, Provincia de los Ríos cantón Buena Fe y en la adopción de medidas que permitan el logro de una disminución de la patología crónica como de sus complicaciones.

La tensión arterial elevada es una complicación sanitaria en auge, que afecta a la población global, principalmente a los grupos etarios en el rango de los 45 años en adelante, es considerada enfermedad silenciosa y sumamente peligrosa por las complicaciones que conllevan a problemas cardiovasculares asociados a discapacidad y muerte. Es considerada una afección crónica propia del desarrollo, la industrialización, cambios de estilos de vida y desconocimiento general, está asociada a riesgos como la obesidad, la falta de actividad física, malos hábitos alimenticios, hábitos tóxicos y cultura.

El proyecto tiene por finalidad general, lograr una reducción de las tensiones arteriales en la población adscrita al centro de salud a través de implementación de medidas preventivas y de control y en lo específico identificar las características, riesgos y tratamientos de la condición y a su vez proponer la adhesión de las estrategias educativas en cuanto a hábitos nutricionales y vida saludable.

Los factores de riesgo que propician la aparición de la patología son el sobrepeso, ya que propicia el aumento del volumen de sangre que a su vez ejerce presión sobre las paredes arteriales, el consumo excesivo de alimentos ricos en sal hace que el cuerpo retenga agua, lo que aumenta la cantidad de líquido en el organismo e inherentemente la presión arterial, el género, la edad y el consumo de tabaco.

Metodológicamente es un proyecto de carácter descriptivo porque revisa a detalle la patología, es prospectivo porque a través del mismo se generan datos hacia adelante, transversal porque mide una sola vez en el tiempo y analítico porque permite extraer inferencias estadísticas de las variables y sus relaciones de dependencia. En este estudio se hizo una revisión con fecha de enero a junio del 2023 para la extracción de un universo de 370 usuarios de los cuales se toman 70 para muestra por conveniencia, se utilizó el cuestionario como instrumento y para su validez y confiabilidad el uso del coeficiente de Alfa de Cronbach.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1	1
Introducción	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Revisión de literatura relacionada al problema	1
1.3 Definición del Problema	6
1.4 Pregunta de Investigación	6
1.5 Identificación del objeto de estudio	6
1.6 Planteamiento del problema	6
1.6.1. Delimitación	6
1.7 Justificación	6
CAPITULO 2	8
Objetivos	8
2.1. Objetivo General	8
2.2. Objetivos Específicos	8
2.3. Hipótesis	8
CAPITULO 3	9
Bases Teóricas o Marco Teórico	9
3.1. Marco Histórico contextual	9
3.2. Marco Referencial	10
Epidemiología de la hipertensión arterial	10
Etiología	12
Factores de Riesgo.	13
Factores de Riesgo No Modificables	13
Género y edad	13
Grupo étnico	13
Peso.	14
Ingesta de sal.	14
Inactividad Física.	15
Tabaquismo.	15
Alcohol y cafeína	16
Estrés.	17
Tratamientos farmacológicos que pueden incidir en la presión arterial	18
Tratamientos de la hipertensión arterial	18
Clasificación de la hipertensión arterial	19
3.3. Marco Conceptual	20
CAPITULO 4	22

Aplicación Metodológica	22
4.1 Diseño del estudio	22
4.2 Operacionalización de variables	22
4.3 Universo y muestra	25
4.4 Instrumentos de investigación	25
4.5 Validez y confiabilidad del instrumento de investigación	26
4.6 Obtención y análisis de la información	26
4.7 Resultados	28
4.8 Propuesta de solución	41
4.9 Monitoreo y evaluaciones	50
Conclusiones y Recomendaciones	51
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
Bibliografía	53
Anexos	56
Anexo 1. Cuestionario a pacientes (diagnóstico situacional)	57

Índice de Tablas

Tabla 1. Tabla de definiciones y clasificaciones de los niveles de presión arterial en adultos.....	20
Tabla 2. Operacionalización de las variables	23
Tabla 3. Edad	28
Tabla 4. Género.....	29
Tabla 5.	30
Tabla 6.	31
Tabla 7. Indicaciones del médico	32
Tabla 8. Tratamiento.....	33
Tabla 9. Actividad física	34
Tabla 10. Nivel de hipertensión que padece	35
Tabla 11. Charlas capacitación	36
Tabla 12. Tipo de charla	37
Tabla 13. Horas de la semana de las charlas	38
Tabla 14. Temas de charlas.....	39
Tabla 15. Charlas en centros de salud.....	40
Tabla 16. Propuesta	43
Tabla 17. Cronograma del plan de mejora	46
Tabla 18. Monitoreo, evaluación frente a acciones preventivas y correctivas	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad	28
Figura 2. Género.....	29
Figura 3. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad.....	30
Figura 4.	31
Figura 5.	32
Figura 6. Tratamiento.....	33
Figura 7. Actividad física.....	34
Figura 8. Nivel de hipertensión que padece	35
Figura 9. Charlas capacitación.....	36
Figura 10. Tipo de charlas	37
Figura 11. Horas de la semana de las charlas	38
Figura 12. Temas de Charlas	39
Figura 13. Charlas en centros de salud.....	40

CAPÍTULO 1

Introducción

1.1 Descripción del problema

Es necesario mencionar que, en la actualidad las enfermedades crónicas de tipo global están en incremento, siendo que la Organización Mundial de la Salud, las identifica como enfermedades que impactan en la salud pública. Así, su incidencia representa dos terceras partes del total de la mortalidad mundial, se conoce entonces que, por lo menos una persona adulta de cada tres padece de esta complicación y uno de diez dispone de diabetes tipo 2.

Es importante señalar que el 80% de los elementos de riesgo que ayudan a estas condiciones de salud se pueden prevenir cuando se identifican. Por lo tanto, la capacidad del paciente para llevar un control de su complicación de salud y su calidad de vida pueden verse significativamente afectadas por su nivel de conocimiento, conciencia de su hipertensión de tal forma que sea posible una mejora de estilo de vida. Los programas de intervención educativa se han relacionado con mejoras en el conocimiento, la conciencia y la adherencia de los pacientes a los tratamientos antihipertensivos, así como a la selección de opciones de patrones de vida más saludables que llevan a una mejora efectiva en la salud de la persona con la afección.

1.2 Revisión de literatura relacionada al problema

La hipertensión alude a la fuerza que se ejerce sobre las paredes arteriales, y cuando el corazón da sangre al cuerpo (Pérez, 2022). La sangre que está dada por el corazón es la que comienza a ir por el torrente de circulación o el sistema arterial, y tiene gran presión por eso es presión arterial. La tensión elevada es una complicación que surge porque se incrementa la presión dentro del sistema vascular (Fesemi, 2021).

A este mal metabólico se lo considera factor de riesgo grave que da como resultado enfermedades de tipo cardiovascular. Por lo tanto, es importante

diagnosticarla y tratarla a partir de una medición correcta, pero la técnica de medición puede ser subvalorada en la actualidad o puede hacerse de manera no correcta (Tagle, 2020). Por lo tanto, prevalece la presión arterial (HTA) según la edad y en los estados que se consideran desarrollados, con poblaciones longevas, en su mayoría tiene este padecimiento (Gorostidi, y otros, 2022). Se afirma que, en España la hipertensión es el principal riesgo de enfermedad y muerte (Kidney, 2021).

Según Serra et. al (2018) esta prevención se puede aplicar no solo en el primer nivel de atención sino también en el secundario y terciario, reduciendo complicaciones y costos tanto para las personas y sus familiares como para los medios de salud.

Las causas primordiales de mortalidad y morbilidad en adultos de naciones desarrolladas y en vías de progreso son las enfermedades no infecciosas. En todas las causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en el mundo, la hipertensión arterial sistémica es la enfermedad que más conmueve la salud de los pacientes adultos. También se asocia con un riesgo mayor de enfermedad cardíaca. Accidente cerebrovascular y fibrilación auricular), enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica (ERC) y enterocolitis grave (AF).

Numerosas influencias sociales, económicas, culturales y ambientales están enlazadas al manejo de las tensiones arteriales elevadas (HTA). La poca o ninguna actividad física, la obesidad, los hábitos alimenticios poco saludables, el exceso de sal, baja ingesta de frutas y leguminosas, el tabaquismo, el alcoholismo y la falta de sueño son factores relacionados con la incapacidad para controlar la hipertensión (Vásquez, et.al, 2019)

En base al avance del desarrollo económico, la hipertensión arterial sistémica inicialmente afecta a personas con un alto estatus socioeconómico, pero en etapas posteriores del desarrollo económico, el predominio de la hipertensión y sus consecuencias es mayor en aquellas personas con un estatus socioeconómico más bajo.

La hipertensión arterial es responsable de costos de atención médica significativos, menos del 25% de los pacientes con hipertensión alcanzan niveles objetivo a nivel mundial. Estudios nacionales sugieren que este control subóptimo puede ser debido a los bajos niveles de conocimiento del paciente y la comprensión de su condición, o por falta de adherencia a los medicamentos. Menos de la mitad del ser humano con hipertensión son conscientes de su condición. (Serra, Serra, & Viera, 2018)

La prevalencia de la tensión arterial sistólica es un importante problema en el mundo que empeora con el tiempo. Las altas tasas de mortalidad y un aumento en los costos de atención médica son los resultados de esto. Cuando esta enfermedad no es manejada adecuadamente, surgen complicaciones multiorgánicas que tiene repercusión en el bienestar del individuo y sus deudos. (Regino, et.al , 2022)

Según la encuesta STEPS realizada por el Ministerio de Salud Pública en el 2018 para la vigilia de complicaciones de salud no transmisibles y factores desencadenantes discurre que el 20% de la gente mayor a 19 años de edad padece complicación relacionada con tensión arterial incrementada, lo que infiere que casi 2,1 millones de ecuatorianos padecen y viven con la afección, pero no todos lo saben, se calcula que el 46% de hipertensos no está diagnosticado, y de los que sí lo están sólo uno de cada cinco lleva un control (Ministerio de Salud Pública, 2018)

Los factores de riesgo para la hipertensión varían dependiendo de cada Estado, cultura e idiosincrasia. En el Ecuador la dieta juega un rol fundamental, el exceso de sodio, carbohidratos y alimentos procesados aumentan el riesgo. La falta de ejercicio regular en parte al ritmo de vida sedentario causa sobrepeso y obesidad que juega un papel fundamental en la hipertensión. El excesivo consumo de alcohol y de tabaquismo pueden causar estenosis crónica de los vasos sanguíneos. La edad avanzada, historia familiar y el estrés predisponen a un aumento de la tensión arterial, igualmente las enfermedades preexistentes como la diabetes y el colesterol junto con los factores socioeconómicos como los nivel educativo, ingresos económicos y acceso a sistemas de salud influyen en la prevalencia y manejo de la tensión arterial elevada (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

Se ha expuesto que la educación de forma continua en hipertensión arterial dirigida a los pacientes portadores de dicha patología, es una herramienta básica para ayudar a su control. Las herramientas que el educador comparta con el paciente, ayudarán a tener mejores estrategias de autocuidado, que permitirán al individuo y su familia, un cambio favorable de conducta para tener un modo de vida saludable.

Según Manuel Gorostidia et al., (2022) la hipertensión esencial (primaria) se encuentra entre los 10 principales motivos de consulta. Desde el 26 de diciembre 2018 al 25 de noviembre 2019, se tuvo en la consulta externa (subsecuente) un total de 17,045 consultas (10.9%) para individuos de 20-59 años de vida y 42,588 consultas(29.5%) a pacientes hipertensos de 60 años y más.

Por otro lado, el mal control de las enfermedades crónicas genera complicaciones médicas, un sistema de referencia y contrarreferencia lento e ineficaz en el segundo y

tercer nivel de atención y mala calidad de vida de los pacientes en general.

En base a lo anterior, es importante educar al paciente hipertenso, para lograr un control adecuado de su enfermedad, logrando de esta manera disminución en la mortalidad causada por Hipertensión Arterial sistémica y sus complicaciones a largo plazo.

La prevalencia de enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial, va aumentando día a día en Ecuador y en todo el mundo, por lo que tratar adecuadamente y controlar la alteración, es un reto importante para todos los sistemas de salud mundiales (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Entre las principales estrategias para reducir las altas tasas de hipertensión arterial está la concientización hacia la población principalmente adulta cuya tensión arterial supera los rangos permitidos de tal forma que se capacite sobre formas de adoptar hábitos de nutrición saludable, así como la importancia de abstenerse del consumo nocivo de alcohol, realizar una actividad física constante, dejar de fumar y manejar el estrés de forma saludable, es necesario para lograr un control adecuado, minimizar los efectos negativos y prevenirlos, así como tener adecuado apego farmacológico, lo cual se puede lograr de manera más eficaz educando a los pacientes, motivarlos y enseñarles conocimientos y habilidades útiles para su autocuidado, para que de esa manera sean conscientes sobre su patología. En varios informes elaborados sobre conocimiento de hipertensión arterial, se ha visto que más del 70% de los usuarios diagnosticados hipertensos no tiene conocimientos suficientes sobre la patología y el 25% de los pacientes no alcanzan las metas terapéuticas secundario a dichos niveles bajos de conocimiento sobre hipertensión, trayendo consigo falta de adherencia al tratamiento (Regino, Quintero, & Saldarriaga, 2022).

Es conocido que, los individuos que padecen la afección pueden dar como resultado ciertas complicaciones que desemboquen en esta enfermedad, ya que muchas de ellas pueden rechazar el tratamiento y descuidar su salud, lo que podría resultar en una alta tasa de mortalidad. La práctica de no adherirse al tratamiento se considera un problema gravedad a nivel global.

Es importante señalar que, según el Consenso Latinoamericano de Prevalencia de Enfermedades Crónicas de 2013, la obesidad y el sedentarismo pueden conducir al desarrollo de HTA, que es responsable de un número importante de muertes a nivel mundial. Muestra que en América Latina en 2013 hubo un aumento en la prevalencia de HTA, y la mayoría de los afectados eran adultos mayores. En países como Brasil hubo

una incidencia del 22%, mientras que en Cuba hubo una incidencia del 44%, en Argentina hubo una incidencia del 26%, en Venezuela hubo una incidencia del 32% y en Ecuador hubo una incidencia del 28% (Serra, et.al, 2018).

El problema se evidencia cuando las personas no toman conciencia de la importancia de formar parte de los programas de salud y por lo tanto se producen consecuencias irreparables. La más significativa de estas consecuencias sería un aumento en el número de personas que acuden a la atención de primer nivel, ya sea por desconocimiento o por no ejercer un control adecuado sobre la condición de hipertensión arterial. Adicionalmente, hay un aumento de exámenes que descartan hipertensión secundaria, aumento de dosis de hipertensos, disfunción familiar, o la adición de medicamentos para otras condiciones como trastornos cerebrovasculares, crisis de hipertensión, aumento en el número de usuarios, suspensión de intervenciones quirúrgicas porque el paciente tiene un cuadro grave de hipertensión no controlada, o un alto grado de morbilidad.

La identificación de los factores que se presentan en el bajo nivel terapéutico para la terapia antihipertensiva ayuda a concienciar a este grupo de pacientes sobre la importancia de la adherencia terapéutica, mecanismo por el cual se evitarán complicaciones que frecuentemente derivan en problemas de salud que amenazan la vida e incluso la muerte.

Es importante señalar que la Encuesta de la prueba de Salud para la Nutrición (ENSANUT) reporta que del 35% al 40% de todas las muertes en el Ecuador se pueden atribuir a la hipertensión arterial; que el 50% de los ecuatorianos tiene hipertensión; que el 25% de los hipertensos tienen buena adherencia a la medicación; que el 25% de los hipertensos deja de tomar su medicación; que el 10% de los pacientes evaluados en realidad están cambiando su modo de vida para mejorar su condición; y que el 50% de los hipertensos que dejan de tomar su medicación mueren en el plazo de un año. (Peñaherrera, 2020)

En el caso del Ecuador, el Ministerio de Salud Pública emplea programas de educación para la salud que buscan incidir en la conciencia sobre los factores de riesgo de la hipertensión, con campañas de promoción de hábitos de vida beneficiosos, detección idónea de la enfermedad, tratamiento, seguimiento del paciente y capacitación continua del equipo de salud, pese a los esfuerzos los casos de hipertensión arterial repuntan cada año (Ministerio de Salud Pública, 2019)

1.3 Definición del Problema

Necesidad de reducción de la cantidad de pacientes mayores con niveles de tensiones arteriales elevados, lo cual involucra el inicio de las estrategias para la prevención y control, específicamente en el Centro de Salud Tipo A Fumisa, Cantón Buena Fe, provincia de los Ríos.

1.4 Pregunta de Investigación

¿Existe la posibilidad de reducir la cantidad de pacientes adultos con hipertensión arterial a partir de las estrategias de prevención y control de la patología crónica, tal como es el caso de la implementación de talleres para mitigar los efectos negativos de esta enfermedad?

1.5 Identificación del objeto de estudio

El objeto de estudio es la hipertensión arterial y la capacidad de fomentar en el paciente adulto la prevención de esta enfermedad por medio del uso de estrategias para la prevención y control específicamente para el Centro de Salud Fumisa entre enero a marzo del 2024

1.6 Planteamiento del problema

1.6.1. Delimitación

Se delimita el proyecto específicamente para la población con tensiones arteriales elevadas del Centro de Salud Fumisa, siendo que, la investigación tendrá una durabilidad de tres meses entre el mes de enero a marzo del 2024.

1.7 Justificación

La hipertensión arterial es de los principales factores riesgo que causa la enfermedad cardiovascular con incidencia de morbimortalidad. En el Ecuador y otros países de América Latina la prevalencia es significativa ya que cada vez va en aumento, lo que requiere de atención inmediata, debido a que la tensión arterial elevada cuando no tiene el debido control puede desencadenar en complicaciones de tipo crónica severa con afección adherida en órganos blancos que puede inducir a la discapacidad y fallecimiento prematuro (Bayas, 2022).

En base a lo dicho, la presente investigación incluye estrategias que permitan la prevenir y también controlar la hipertensión arterial, sobre todo en aquellos pacientes que ya presentan algún tipo de factor de riesgo previo, donde si no hay un tratamiento preventivo puede acarrear consecuencias graves en torno a la incidencia de hipertensión arterial. Es importante resaltar y reflexionar sobre los amplios costos en que incurre el paciente hipertenso, sus seres queridos y la sociedad en su conjunto debido a la atención especializada que requieren estos individuos. Como resultado, una mejora sanitaria y de vida en esta población permitirá un efecto positivo que también puede incidir en la bajada de costos implícitos en salud. Específicamente aquellos del Centro de Salud Tipo A "Fumisa" del Cantón Buena Fe en la Provincia de Los Ríos.

El material investigativo también se caracteriza por el interés académico, debido a que no existe una investigación relacionada con este tema en forma de estadísticas oficiales a nivel de la provincia de Esmeraldas y dentro de los municipios como es Gobierno Autónomo Descentralizado de la parroquia Viche perteneciente al cantón Quinindé, por lo que es importante como médico responsable dar seguimiento a los pacientes hipertensos y evidenciar los problemas de salud de la población, y este también sería un método muy útil para realizar investigaciones adicionales. A su vez a partir de este diagnóstico será posible definir las estrategias para lograr la prevención de la tensión arterial elevada en el Centro de Salud Fumisa, y a partir de ello expandir estas prácticas a nivel de la Provincia de los Ríos y en lo posterior según los resultados obtenidos hacia todo el Ecuador.

Los beneficiarios directos son los usuarios que presentan esta afección en el centro de salud, quienes recibirán talleres para su manejo y/o prevención de posibles agravantes.

Adicionalmente, los recursos a incluir a nivel económico son autogestionados por el autor del proyecto, en tanto que, los recursos materiales y tecnológicos incluye hojas de papel bond, uso de impresiones, aula para implementación de las estrategias, diapositivas, laptop, wifi.

CAPITULO 2

Objetivos

2.1. Objetivo General

Fomentar la reducción y prevención de las tensiones arteriales elevadas en la población del Centro de Salud Fumisa por medio de la implementación de estrategias para la prevención y control de la afección en la población adulta adscrita al establecimiento sanitario de primer nivel.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características, diagnóstico, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento de la tensión arterial elevada en la población.
- Diagnosticar la prevalencia de la hipertensión arterial en los pacientes del Centro de Salud Tipo A "Fumisa" del Cantón Buena Fe, en la Provincia de los Ríos, año 2023
- Proponer la inclusión de estrategias, por medio de actividades educativas para capacitar a los pacientes en temas de nutrición, hábitos saludables y otros referentes para prevenir la hipertensión arterial

2.3. Hipótesis

La implementación de un plan integral de estrategias de prevención y control que incluye educación para la salud, manejo nutricional y de factores de riesgo, ejercicio físico regular y monitorización constante de la presión arterial reducirá significativamente las cifras de la misma y la prevalencia en la población adulta del Centro de Salud Fumisa.

CAPITULO 3

Bases Teóricas o Marco Teórico

3.1. Marco Histórico contextual

Las investigaciones pioneras en el campo de la hipertensión arterial durante el siglo XIX se centraron especialmente en el reconocimiento y descripción de lesiones anatómicas y patológicas en diversos órganos al mismo tiempo que se intentaba medir la presión arterial. Podemos citar a Potain (1875), citado por Prat et al. (2017), entre las numerosas personas que buscaron un medio para medir la presión arterial. Midió su presión arterial sistólica comprimiendo un monitor de pulso. Estos esfuerzos alcanzaron su punto máximo cerca del final del siglo, específicamente en 1896, cuando Riva-Rucio describió por primera vez el manguito inflable que medía la presión arterial sistólica en el brazo. Posteriormente, Korotkoff (1904), citado por Comunicaciones SAC (2017), reportó el procedimiento auscultatorio que podría medir la presión diastólica arterial.

El presente proyecto se llevará a cabo en el Establecimiento de Salud Tipo A "FUMISA", ubicado en el recinto San Jacinto de Buena Fe, de la provincia de los Ríos en la Provincia del Ecuador. En cuanto a la facilidad de acceso la unidad operativa se ubica en la carretera principal por lo que se la cataloga como de fácil acceso, además se encuentra disponible el transporte público que pertenece a diversas cooperativas como: Flota Bolívar, Sucre, Zaracay, y otras, las comunidades más lejanas al centro acceden con motocicletas y camionetas con su servicio local.

El Centro de Salud Fumisa, hasta la actualidad brinda atención comunitaria de forma gratuita, y hoy dispone de 3 cubículos para medicina, 1 para obstetricia, 1 cubículo odontológico, 1 área de vacunación, farmacia, 1 área de admisiones y 1 área de preparación. En el 2023 la atención se focalizó prioritariamente al grupo etario de mujeres entre 20 a 49 años.

Y en la actualidad, se están fomentando por el Ministerio de Salud prácticas de prevención de enfermedades en los distintos centros de salud, por lo que sería adecuado y pertinente enfocarse en prevenir y controlar las tensiones arteriales elevadas como un padecimiento común en la zona de los alrededores del centro de salud.

3.2. Marco Referencial

El síndrome de múltiples etiologías conocido como hipertensión arterial sistémica se identifica por una elevación sostenida de la tensión arterial hasta niveles superiores a 140/90 mmHg. Resulta de un aumento en la resistencia vascular periférica y se manifiesta como deterioro vascular sindrómico (Mille et al. 2017).

Gopar et al., (2021), describen que la hipertensión arterial sistólica y diastólica entre 140 y 90 mmHg, pueden implicar problemas, ya que según las guías o protocolos dados por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y otras entidades, describen a la sístole elevada como aquella mayor a 140 mmHg y diástole cuando es menor a 90 mmHg, lo que implica una medida promedio de presión arterial, por lo que se requiere definir protocolos para lograr una presión arterial promedio adecuada.

Epidemiología de la hipertensión arterial

En el mundo, 3.5 mil millones de individuos están con el nivel de presión arterial sistólica no óptima (> 110–115 mmHg) y 874 millones de personas tienen una presión sistólica ≥ 140 mmHg. Por lo tanto, alrededor de uno entre cuatro tiene hipertensión. Entre los años 1990 y 2015, hubo un aumento global del 43% de pacientes hipertensos. El estudio Global Burden of Disease ha demostrado que la PA no óptima, contribuye a mortalidad global por todas las causas, que lleva a 9,4 millones de muertes anuales y 212 millones perdieron años de vida saludable (8.5% de la población mundial total) cada año (Fernández et al. 2021).

De acuerdo con Fernández et al. (2021) detalla que, en el planeta hay tres mil millones de adultos con presión arterial sistólica no adecuada, es decir mayor a 110 mmHg y 874 millones con presión sistólica es decir mayor a 140 mmHg. Lo que implica que uno de cada cuatro adultos dispone de hipertensión arterial, algo que se ha profundizado últimamente y que conlleva a 9.4 millones de muertes al año.

En parte al aumento de los años vitales y la prevalencia de determinantes de riesgo como la obesidad, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable, la hipertensión es cada vez más común. Una estimación reciente sitúa el número de estadounidenses con hipertensión esencial en 70 millones, frente a los 50 millones que tenían la afección en 1990. La presencia de la afección aumenta a mayor edad, alcanzando su punto máximo en los varones antes que en las mujeres. Entre los 45 y los 64 años, los sexos se ven igualmente afectados. La prevalencia de hipertensión es mayor entre los afroamericanos que entre los blancos, asiáticos e hispanoamericanos en los Estados Unidos (OMS, 2021).

De acuerdo (Organización Panamericana de la Salud, 2021), el mayor porcentaje de habitantes se encuentra en la población de 20 años y más, representando el 65.4% del total de la población ecuatoriana con 82.7 millones de personas en cuanto a los valores de los sujetos de 20 años o más diagnosticados con esta complicación, fue de 16,6% en el año 2012 (9,3 millones de personas), aumentando a 18,4% en el año 2018 (15,2 millones de personas).

La población de Ecuador está envejeciendo, lo que está provocando cambios en la estructura demográfica del país. La prevalencia estimada de hipertensión arterial es de 25,55%; incidiendo más a menudo a las féminas que a los varones, con una prevalencia del 26,1%, y los de sexo masculino con más frecuencia que a las de sexo femenino, con una prevalencia del 29,9%. Se observó un número relevante de casos en personas de 50 a 59 años entre 2010 y 2018 (1.145.980 casos), seguido del grupo etario de 65 años y más (1.138.553 casos), y el de 25 a 44 años. -grupo de edad avanzada (947.066). En cuanto a la institución informante, del 2011 al 2018 hubo más casos de hipertensión arterial en el IESS (37,36%), entre los años 2014 y 2018 se observaron diferencias predominantes de hipertensión arterial en los diversos estados del Ecuador.

En Ecuador, la dominante hipertensión arterial es de 30,8 por ciento en personas mayores, y el número estimado de casos es de 15,1 millones de personas con algún grado de hipertensión (Claro et al. 2017).

Más de la mitad de los individuos con el padecimiento no saben que lo tienen, y solo del 13,4 al 22,7 % de las personas se detecta que la tienen, por una variedad de razones. Solo alrededor de la mitad de los hipertensos conocidos toman medicamentos, y de ellos, solo alrededor del 20% tienen la presión arterial bajo control.

Los servicios de salud pública son administrados por tres instituciones gubernamentales. Un total de 46,9% de la población del país tiene necesidad de seguridad social; el (IESS) es la organización de mayor alcance, atendiendo al 66,2% de esta población.

La causa de esta epidemia de hipertensión no controlada no está clara; se han realizado estudios de investigación que ofrecen una variedad de explicaciones, incluyendo seguimiento inadecuado del tratamiento, envejecimiento, género, estado civil, costo de los medicamentos, comorbilidad y factores relacionados con los sistemas de salud.

Etiología

Hipertensión primaria (esencial): Hipertensión de causa desconocida

Hipertensión secundaria: Hipertensión causada por

1.- Enfermedades renales

Enfermedades renales arteriales (estenosis de la arteria renal por aterosclerosis e hipertrofia fibromuscular), aneurisma, embolia e infarto.

enfermedades del parénquima del riñón, tales como glomerulonefritis aguda y crónica, pielonefritis, TB poliquística renal, hemorragia pericapsular y cicatrización después de un traumatismo.

tumores renales (tumor de Wilms, tumores productores de renina).

(Poliartritis nudosa, neurofibromatosis, no especificada) Artritis

2.- Síntomas endocrinológicos: el síndrome de Cushing Acromegalia El aldosteronismo es el principal Feocromocitoma

3.- Coartación de la aorta.

4.- Defectos enzimáticos (hiperplasia suprarrenal congénita):

Defectos enzimáticos de 17^a- hidroxilación que conduce a amenorrea a causa de sobreproducción de precursores del cortisol.

Defectos enzimáticos de 11B- hidroxilación.

5.- Trastornos neurológicos: elevación de la presión intracraneal por tumores endocrinológicos, accidente cardiovascular o tetraplejía.

6.- administración prolongada de corticoides.

uso excesivo de desoxicorticosterona y venta de 5a-fluor en el manejo de la hipertensión postural

Uso de anfetaminas o tiroxina excesiva.

Ingesta crónica de orozuz con producción de pseudoaldosteronismo.

Uso de anticonceptivos orales.

Ciclosporina en pacientes de trasplante. Abuso de cocaína (crack).

7.- Hipercalcemia por cualquier causa.

8.- Trastornos neurógenos, posiblemente psicógenos.

9.- Deficiencia de enzimas tisulares vasodilatadoras (especulativas): prostaglandinas, calicreína, factor de relajación derivado del endotelio, tejido medula renal (Bakris, 2021).

Factores de Riesgo.

Factores de Riesgo No Modificables

Tener más de 65 años, beber moderada o excesivamente, fumar, no hacer suficiente ejercicio, llevar una dieta alta en sal y grasa y baja en frutas y verduras, tener antecedentes familiares de presión arterial alta o problemas cardíacos. enfermedad, tener sobrepeso, desarrollar un síndrome metabólico o diabetes, desarrollar hiperuricemia, pertenecer a un determinado grupo racial y padecer apnea del sueño (Vázquez et al. 2019).

Género y edad

Las crecidas de la hipertensión conexas con la edad se observan en todos los grupos raciales y en ambos sexos, no hay mucha diferencia con respecto a la prevalencia de hipertensión entre ambos sexos, aunque hay una mayor prevalencia de riesgo de hipertensión en los hombres, sin embargo, en comparación con las mujeres, la prevalencia de hipertensión se vio más alto en las mujeres (Gerdtts et al. 2022).

Sin embargo, en la mayoría de las civilizaciones del viejo mundo, la tensión arterial media aumenta cuanto mayor es la edad. Muchos estudios de epidemiología han demostrado que las tensiones arteriales se elevan en personas que tienen una dieta baja en calcio, y en aquellas que suscriben antecedentes familiares de la complicación, en poblaciones que consumen regularmente una dieta rica en sal y en aquellas que tienen rasgos psicológicos o de personalidad que aumentan la presión arterial (Pérez et al. 2017).

Grupo étnico

Los individuos de raza no hispana presentan la mayor prevalencia de hipertensión en todas las edades. Además del índice de mortalidad por hipertensión en personas de raza de color oscuro tiene mayor que las de raza blanca, aunque esto puede estar relacionado con una disminución en el acceso a tratamiento más que en una susceptibilidad inherente a la hipertensión (Coulon et al. 2019).

Peso.

La amenaza de desarrollar tensión arterial elevada en la mediana edad aumenta en un 60% por cada 5 kilogramos adicionales sobre el peso habitual a los 18 años. Un mayor riesgo de hipertensión se ha relacionado con obesidad, una cintura más grande que el promedio y un porcentaje general de grasa corporal (Valle, 2019). Tener obesidad abdominal aumenta la amenaza de que se suscite la enfermedad (Mejia y Reyna, 2017).

Ingesta de sal.

Se descubrió que la ingesta en cantidad de este mineral se asocia directamente a la presión arterial alta, además que, a mayor ingesta diaria de sal, mayor es la presión arterial sistólica (Jiménez et al., 2023). Además, se descubrió que el alto consumo de sal aumentaba la frecuencia de la monitorización cardíaca diurna y atenuaba el descenso de la presión arterial fisiológica nocturna (Argüelles et al. 2018). Por otro lado, la reducción del consumo de sodio/sal en la dieta puede resultar en una baja de la presión arterial, así como una reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Hay muchos mecanismos que vinculan el alto uso de sal y la hipertensión:

- Retención de agua: esto fue explicado por Rodríguez (2018), quien demostró que el alto consumo de sal conduce a una mayor retención de agua, lo que conduce a una expansión en los volúmenes circulantes, un aumentado gasto cardíaco y perfusión renal.

- Presión: Cuando la presión de perfusión renal aumenta el nivel de filtración glomerular y aumenta la eliminación de sodio con el objetivo de restablecer el equilibrio de líquidos en el cuerpo. Esta respuesta fisiológica a una ingesta elevada de sal se denomina mecanismo de natriuresis por presión. Cuando la capacidad de excreción de sodio del riñón se ve comprometida, se puede desarrollar hipertensión (Aguilera et al. 2020). Sin embargo, algunos otros estudios mostraron que los volúmenes circulantes y el gasto cardíaco eran similares entre los individuos sensibles a la sal y los insensibles a la sal. Explicaron estos hallazgos por el almacenamiento no osmótico de sodio, lo que significa que el sodio puede almacenarse en el cuerpo sin retención de agua (Fernandez, 2020).
- Aumento de la resistencia periférica sistémica en medida que el sodio alto desencadena la remodelación en las arterias pequeñas resistentes. El efecto del sodio en la remodelación vascular de las arterias pequeñas resistentes puede ocurrir tanto en individuos normotensos como hipertensos. Se halló que el riesgo de desarrollar hipertensión era grande entre los individuos normotensos sensibles a la sal en comparación con los insensibles a la sal (Wagner, 2019).
- Disfunción endotelial: se descubrió que el alto consumo de sal puede causar una marcada reducción en el óxido nítrico endotelial, que es responsable de la dilatación vascular dependiente del endotelio. La reducción de sal no conduce solamente al aumento de la hipertensión, sino también a muchas dificultades cardiovasculares asociadas. (Argüelles et al. 2018).
- Cambios en la estructura y función de las grandes arterias elásticas: se descubrió que un alto consumo de sal podría afectar las propiedades de las grandes arterias elásticas, lo que lleva a un aumento de la rigidez vascular (Argüelles et al. 2018).
- Modulación en el suministro neuronal autónomo y la actividad simpática del sistema cardiovascular (Delgado, 2017).

Inactividad Física.

Comparando pacientes con y sin buena salud física, el riesgo de desarrollar hipertensión es comparativamente un 52% mayor en el último grupo (Hernández, 2017).

Tabaquismo.

Es bien sabido que los niveles elevados de tensión arterial representan peligro para las patologías de tipo cardiovascular y que esto sigue siendo así hoy en día con frecuencia ocurre junto con otras condiciones, como fumar. Además, existe evidencia de que la complicación es una de las más relevantes y una de las primordiales causas de enfermedad y muerte, ya que puede trascender en una extensa gama

de complicaciones cardiovasculares y cerebrales (Fernández y Figueroa , 2018). Algunos de estos eventos están fuertemente asociados con el humo del cigarro, mientras que otros muestran estar relacionados con la enfermedad que pueden determinar valores altos en la presión arterial.

Con respecto a la asociación del tabaquismo con la hipertensión, la primera observación a destacar y aún sin respuesta clara es evaluar la relación temporal entre estos dos factores. Habitualmente un sujeto hipertenso, que fuma, empieza a fumar antes de la aparición de valores elevados de tensión arterial salvo en caso de enfermedad congénita o hipertensión secundaria. No existen datos que permitan establecer si la hipertensión arterial, fundamentalmente hipertensión arterial esencial, depende estrechamente del hábito tabáquico o, por el contrario, se desarrollará espontáneamente como un evento relacionado con las características genéticas y fisiológicas del individuo, faltándose una evidencia directa de este supuesto (Manuel Gorostidia et al. 2021).

Las observaciones pueden ayudar a evaluar el papel de la hipertensión relacionada con el tabaquismo sola y la hipertensión sin relación con el humo del tabaco tanto en fumadores como en no fumadores expuestos pasivamente.

Un gran número de observaciones enfatizan los efectos adversos del tabaquismo y la hipertensión sobre el corazón y los vasos sanguíneos, actuando ambos como factores de riesgo independientes capaces de aumentar la tasa de enfermedad cardiovascular. Existe una estrecha relación entre estos dos factores, aunque todavía es difícil establecer bien el papel específico de cada uno de ellos cuando se asocian. Sin embargo, la evidencia indica un aumento exponencial en la tasa de enfermedad cardiovascular con respecto a los efectos de la hipertensión y el tabaquismo actuando por separado.

Alcohol y cafeína

Los estudios han demostrado que aminorar la ingesta de alcohol ayuda a reducir la presión arterial tanto en individuos hipertensos como normotensos y, en primer lugar, puede ayudar a prevenir el desarrollo de hipertensión (Pérez et al., 2017). Aquellos que reducen su consumo de alcohol pueden tener disminuciones en sus presiones arteriales sistólica y diastólica significativas.

Los efectos adversos del café sobre la salud han constituido un tema controvertido durante varias décadas,¹ con la mayor parte de la atención centrada en la enfermedad coronaria y la hipertensión. Una extensa investigación sobre la cafeína y las bebidas

que contienen cafeína como elemento de riesgo de enfermedad arterial coronaria ha producido resultados contradictorios y confusos, con evaluaciones de riesgo que van desde alto, a débil. Pese a la falta de evidencia de mayor incidencia de enfermedad coronaria inducida por el café, y mayor incidencia o gravedad de arritmias ventriculares con la cafeína, a veces se recomienda a los pacientes con enfermedad cardiovascular y antecedentes de alteraciones del ritmo que eviten el café por completo o que lo beban en su forma descafeinada (Alba et al. 2019).

El papel del café relacionado con el aumento de la tensión arterial también es controvertido. Los estudios sobre el tema están limitados por su incapacidad para distinguir entre los sujetos que eran usuarios habituales de bebidas con cafeína y los que no lo eran. Los estudios de población han relacionado el consumo de café con presión arterial tanto elevada como reducida, y sin efecto alguno (Moreyra et al. 2018). Por el contrario, el hallazgo de que la ingesta crónica reducida de cafeína en voluntarios normales se asoció con una caída y Grobbee para sugerir que la abstinencia del café por un período de varias semanas puede reducir ligeramente o no mostrar ningún efecto sobre la presión arterial en sujetos jóvenes normotensos (Gómez et al. 2021).

Estrés.

La hipertensión se desarrolla y progresa en personas con hipertensión provocada por elementos ambientales como el estrés y la obesidad. Sentado que la respuesta al estrés en el sistema cardiovascular es inducida por interacciones entre estímulos ambientales y la cognición situacional de un individuo, el desarrollo de la hipertensión depende de las diferencias en la cognición situacional entre los individuos (Mejía y Reyna, 2017).

Las personas con historial de hipertensión suelen experimentar elevaciones anormales en niveles de presión arterial cuando enfrentan cualquier tipo de problemas o dificultades personales que le causen estrés. Estas las elevaciones anormales de la presión arterial no responden al aumento de los medicamentos antihipertensivos, pero pueden ser más bajas por los cambios en su entorno de vida. Sin embargo, la gravedad de la hipertensión avanza después de cada episodio (Pérez et al. 2017). Durante las hospitalizaciones de los pacientes, los médicos instruyeron al paciente para enfrentar los problemas personales que pueden estar sucediendo en su vida (detonante de estos episodios), y recibió tratamiento (entrenamiento autógeno, terapia de ayuno, y terapia de grupo) diseñado para ayudarlo a tomar conciencia de su conducta (García, 2019). Gracias a ello, la presión arterial de los pacientes suele mantenerse estable bastante tiempo desde el alta sin aumento en la dosificación de fármacos antihipertensivos.

Tratamientos farmacológicos que pueden incidir en la presión arterial

Según Pérez et. al (2022) detalla que los medicamentos que podrían dar paso a la presión arterial alta son:

- Alcohol.
- Anfetaminas (anfetamina, metilfenidato dexmetilfenidato, dextroanfetamina).
- Antidepresivos (inhibidores de la MAO, IRSN, ATC).
- Antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina).
- Cafeína.
- Descongestionantes (fenilefrina, pseudoefedrina)
- Suplementos de hierbas (Ma Huang [efedra], hierba de San Juan [con inhibidores de la MAO, yohimbina]).
- Inmunosupresores (ciclosporina).
- Anticonceptivos orales.
- AINE.
- Drogas recreativas (“sales de baño” [MDPV], cocaína, metanfetamina, etc.)
- Corticosteroides sistémicos (dexametasona, udrocortisone, metilprednisolona, prednisona, prednisolona).
- Inhibidores de la angiogénesis (bevacizumab) e inhibidores de tirosina quinasa (sunitinib, sorafenif).

Tratamientos de la hipertensión arterial

Se ha verificado nuevas guías a partir de las cuales se evidencian nuevos tratamientos para esta complicación, como las recomendadas por la Asociación Americana, Asociación Europea y demás, las mismas que tienen en común que en torno a las medidas no farmacológicas pero se calculan un alto riesgo cardiovascular, por eso la recomendación es iniciar con medidas no farmacológicas, pero que tiene que ver con pacientes con PA menor a 160 mmHg, donde se aconseja por ejemplo inhibidores de la enzima IECA (convertidor de angiotensina), diuréticos y los antagonistas el calcio (Cordova, 2020).

También se sabe que hay factores de riesgo que se pueden modificar para prevenir la HTA, como por ejemplo el consumo de grasa, no control continuo de índice de masa corporal y presión arterial y consumo en exceso de sal, además del estrés, los cuales se pueden transformar en buenos hábitos (Carbo, Berrones, & Guallpa, 2021). Pero también están los factores no modificables como antecedentes familiares y obesidad (Torres, et.al, 2021).

También se indica que, las personas que padecen de HTA 1 no tengan tratamiento con fármacos desde un comienzo, pues se los debe evaluar a los tres o seis meses para ver si ha obtenido mejores niveles con la mejora de hábitos de consumo, y a partir de ello se inicia un tratamiento combinado no farmacológico y farmacológico (Saenz, Garcá, Saurina, & Castro, 2019).

Adicionalmente, se recomienda en el tratamiento farmacológico el uso de diferentes fármacos anti hipertensión, se ha de basar en parámetros de calidad, costo, presencia de enfermedades adyacentes, así como su nivel de efectividad y efectos secundarios que se pueden llegar a tener y deteriorar la vida del paciente (Sociedad Española de Hipertensión, 2022).

Clasificación de la hipertensión arterial

La forma leve de la afección, que se refiere a la etapa temprana de la afección, se define como tener una presión arterial repetible de al menos 140 mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica, o números más altos sin mostrar evidencia de hipertrofia ventricular izquierda compensatoria todavía (ECO o ECG). La hipertrofia moderada del corazón sin dilatación de la cavidad caracteriza el estado y refleja un mecanismo adaptativo para disminuir el estrés en la pared ventricular.

Aunque hay un aumento en el número de sarcomas a nivel celular, la disfunción diastólica es más notoria. La condición severa ha resultado en un miocardio dilatado como consecuencia de la presión arterial elevada y la insuficiencia miocárdica crónica, la última de las cuales se debe a un desequilibrio entre el debilitamiento del sistema de la arteria coronaria y el crecimiento de la masa ventricular izquierda, lo que conduce a necrosis miocárdica y dilatación ventricular progresiva. El paciente puede experimentar severas limitaciones en su clase funcional, lo que ocurre con mayor frecuencia en la ectopia ventricular y muerte séptica.

Tabla 1. Tabla de definiciones y clasificaciones de los niveles de presión arterial en adultos

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Nivel de presión			
Óptima	< 120	y/o	< 90
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Grado 1 (leve)	140-159	y/o	90-99
Grado 2 (moderada)	160-179	y/o	100-109
Grado 3 (extrema)	180 o más	y/o	110 o más
Tipos de Hipertensión			
Sistólica pura	140 o más	y/o	< 90
Diastólica pura	< 140	y/o	90 o más
Sistólica -Diastólica	140 o más	y/o	90 o más

Si dos valores tienen clasificaciones diferentes para categorizar el nivel de presión, se manejará la categoría que corresponda al valor más alto entre los dos.

3.3. Marco Conceptual

Presión arterial. - La normotensión, en la mayor parte de adultos se describe como aquella donde la sistólica está por debajo de los 120mmHg y la diastólica por debajo de los 80mmHg.

Así, la presión arterial tiene su expresión en dos valores como son 112/75 mm Hg, siendo que el primero se considera (presión sistólica), porque es aquella que permite los latidos del corazón, y en cuanto al número (presión diastólica), es cuando el corazón va a descansar de los latidos (American Heart Association, 2020).

Hipertensión arterial.- Se entiende como hipertensión cuando la sangre que circula por los vasos sanguíneos ejerce una presión adicional sobre los mismos. Lo que supone un problema común y puede agravarse cuando no hay tratamiento, a pesar de que no siempre tiene sintomatología y la única manera de detección es la toma de la tensión arterial. El peligro de hipertensión se da por causas como: edad avanzada, genética, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, consumo de sal elevado, consumo de alcohol elevado (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Estrategias.- Se ratifica que estrategia es aquella determinación de metas y de objetivos de una acción concreta que se pretende emprender, de la cual se asignan recursos específicos para lograrlas.

Prevención.- Es aquel conjunto de procedimientos que realizan un fomento o incentivo del desarrollo integral de la persona, familia y comunidad además se anticipa a la problemática de consumo, lo que previene la conducta de consumo, y fortalece los aspectos protectores, reduciendo los factores de riesgo personal (SENDA, 2020).

Control.- El control es aquel procedimiento que observa el rendimiento a través de la comparación con estándares previos, por medio de ello es posible entender la función de control y las operaciones mismas de este, ya que se incluyen aspectos como la evaluación y medición de la ejecutoria de planes, con la idea de prever desviaciones para definir medidas correctivas. Lo anterior ayuda a que las acciones y procesos empresariales se ejecuten de una forma organizada y permite la solución de problemas, además que obtiene ciertos aprendizajes a partir de procesos que articulan mejoras para el futuro (SENDA, 2020).

Centro de Salud.- Los Centros de Salud gestionan aquellas acciones de asistencia en atención individual, diagnóstica , de terapia y seguimiento de patologías agudas y crónicas, además que cumplen con la misión de promover la salud, educación y prevención de padecimiento de enfermedades que están a cargo de distintos profesionales de atención a la salud (SENDA, 2020).

CAPITULO 4

Aplicación Metodológica

4.1 Diseño del estudio

El presente es un estudio con carácter descriptivo, prospectivo, transversal y analítico.

Es descriptivo porque se detalla la enfermedad, que en este caso es la hipertensión arterial en una población adulta específica en un periodo concreto, por lo tanto, se ratifica la necesidad de ver un diagnóstico situacional para entender cómo se encuentra la población del estudio.

Además, es de carácter prospectivo porque se va a producir en función al diagnóstico y se analizan los posibles resultados que se esperan observar en el futuro, teniendo claro que, el estudio se ejecuta en la actualidad, pero los hallazgos se conocerán una vez se recopilen los datos y se realice su correspondiente análisis.

Y es de tipo analítico porque se pretende comprobar las variables sobre la capacidad de implementación de estrategias para prevenir y controlar la elevada tensión arterial en la población adulta del establecimiento de Salud Tipo A "Fumisa", ya que las personas se clasifican según el nivel de hipertensión o riesgo a padecerla.

4.2 Operacionalización de variables

-Variable dependiente: estrategias para la prevención y control

-Variable independiente: hipertensión arterial

Tabla 2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición	Dimensión	Indicador
Estrategias de salud para la prevención y control	.Incluye el fomento de transformación del entorno para lograr salud y bienestar en los diversos entornos donde las personas participan en el diario vivir.	Se incluye aspectos como la alimentación, ejercicio físico, abandono de hábitos tóxicos con promoción de	Concepto Características Tipos	% de aceptación de pacientes para la implementación de la estrategia para prevención y control

Variable	Definición conceptual	Definición	Dimensión	Indicador
Hipertensión arterial	La tensión arterial elevada es una afección que incide en la presión excesiva sobre el sistema vascular.	Al mantener la presión alta la fuerza de la sangre en las paredes de arterias es alta y constante y el	Concepto Características Epidemiología Etiología	-Padecimiento -No padecimiento
		Factores desencadenantes que influyen en la presencia de presión arterial	-Factores socioeconómicos -Factores de sistemas de Salud -Factores nutricionales	Nivel de incidencia de los factores de riesgo
		Características sociodemográficas del paciente	Edad	Edad en años cumplidos
			Género	1.- Obrero 2.-Obrero calificado
		Ocupación	3.- Empleado 4.-Profesionista. 5.- Hogar	
			Estado civil	1.- Soltero(a) 2.-Casado (a) 3.-Union libre 4.- Divorciado(a)
			Años de diagnóstico	1.- Menos de un año 2.- Más de un año

4.3 Universo y muestra

Se tomó un universo total de los pacientes diagnosticados con tensión arterial elevada que se atienden en el Establecimiento de Salud Tipo A “Fumisa” a partir de enero 2023 a junio 2023, por lo que se verifica que son un total de 370 pacientes. De los cuales se hará un muestreo intencional por conveniencia de 70 personas quienes cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes adultos (18 años en adelante)
- Con antecedentes de padecimiento de hipertensión arterial
- Usuarios con historia médica en el Centro de Salud Tipo A Fumisa

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes menores de 18 años
- Que no dispongan patología de hipertensión arterial o riesgos de padecimiento
- Pacientes que no tengan historia médica en el Centro de Salud Fumisa

4.4 Instrumentos de investigación

Se utilizará un cuestionario específico para determinar aspectos demográficos de la población, así como para conocer si estarían de acuerdo con la implementación de un programa para la prevención y el control de la patología en el Centro de Salud Fumisa, además en el cuestionario se averigua sobre la disponibilidad de los pacientes a participar de dicho programa (Ver anexo 1. Formato del cuestionario).

4.5 Validez y confiabilidad del instrumento de investigación

Ha sido factible validar la confiabilidad del instrumento investigativo como es la encuesta, para lo cual se gestionó asesoramiento de la tutoría de la investigación (tutor investigativo) y un experto en temas de salud y metodología de proyectos de salud pública, ellos generaron juicios de valor con referencia al instrumento y por ello se lo mejoró conforme sus consejos.

Además, los pacientes dieron respuestas verídicas en las preguntas, según su propia percepción, pero también coincidieron con su historia clínica, a partir de ello se gestionó el instrumento para determinar la percepción de pacientes sobre la necesidad de implementación de medidas de control y para la prevención de la afección. Una limitante fue que de todas formas se tomó en referencia el margen de error del 5% por cualquier motivo como ausencia de los implicados en el estudio o falta de respuesta coherente.

Muy baja	Baja	Moderada	Buena	Alta
0.2	0.4	0.6	0.8	1.0

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

α = alfa	0.925217006
K(numero de items)	12
V_i (varianza de cada item)	20.8192
V_t (varianza total)	137.0724549

Se obtuvo como resultado un alfa de Cronbach de confiabilidad del instrumento de 0.9251 que demuestra que el instrumento es confiable, porque para que lo sea el alfa debe tener entre 0.8 y 1.0 punto, por lo que está en un rango promedio, razón por la que se considera que este tiene una alta confiabilidad.

4.6 Obtención y análisis de la información

En primer lugar, se realizó la coordinación con las autoridades de servicio correspondientes, quienes expresaron su apoyo para la realización del proyecto.

La sala de espera de las consultas externas era donde se llevaban a los pacientes. En segundo lugar, se dirige su atención a esos pacientes, haciéndoles preguntas y confirmando el padecimiento de la condición y si cumplen con todos los criterios para la selección.

En la tercera posición, a los pacientes elegidos se les proporcionó información clara y detallada sobre lo que suponía el estudio y, previo acuerdo, se les presentó el consentimiento informado.

El momento de aplicación del cuestionario:

Primero se les realizaron preguntas para el llenado del perfil sociodemográfico, y luego se utilizaron los dos instrumentos para medir adherencia al tratamiento y factores asociados, respectivamente. Ambos instrumentos se completaron a través de una entrevista al paciente en la que el paciente proporcionó sus respuestas sin consultar a los investigadores.

Con la finalidad de garantizar el anonimato y la seguridad de la información proporcionada, los pacientes fueron identificados mediante códigos numéricos sin incluir ningún dato de identificación personal.

El desarrollo de las aplicaciones de ambos instrumentos se llevó a cabo en un promedio de 10 a 15 minutos por paciente.

Una vez que se completó el desarrollo de los instrumentos, se realizaron los talleres con actividades sobre mejora de la nutrición, hábitos de vida, ejercicios para evitar el sedentarismo y la hipertensión, otros aspectos clave.

El procedimiento ejecutado para realizar el cuestionario fue el siguiente:

1. Pedido de permiso en el Centro de Salud Fumisa a la directiva para la autorización de la toma de encuestados
2. Toma de encuestas a pacientes según los criterios de inclusión
3. Se hizo la tabulación de la información en Microsoft Excel
4. Se incluyó la tabla de frecuencia y porcentajes por pregunta
5. Se incluyeron las gráficas estadísticas por pregunta
6. Se realizó el correspondiente análisis e interpretación de la información hallada por pregunta.

4.7 Resultados

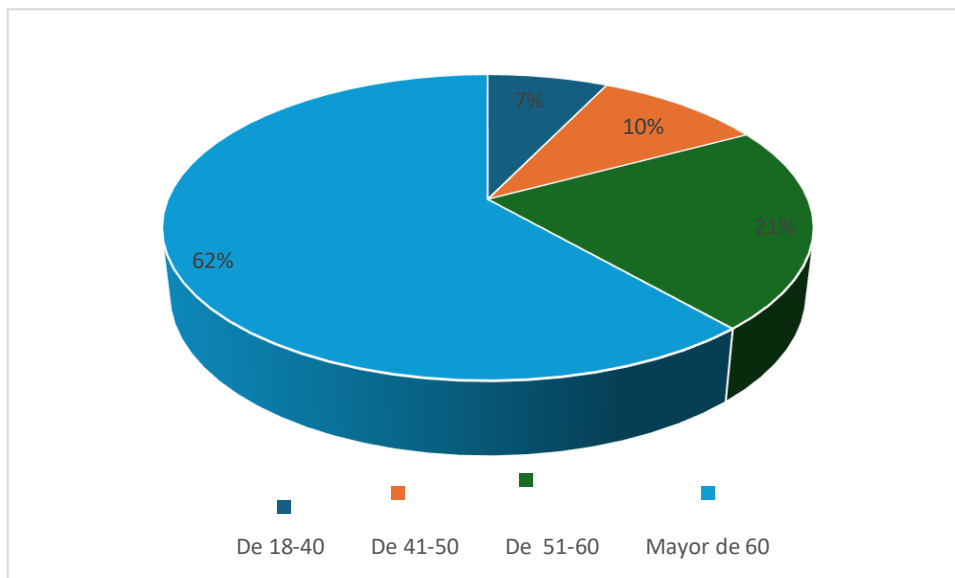
Datos demográficos

Tabla 3. Edad

DETALLE	FRECUENCIA	%	
De 18-40	5	7%	
De 41-50	7	10%	
De 51-60	15	21%	
Mayor de 60	43	61%	
TOTAL	70	100%	

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Edad



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

De los encuestados, el 61% son mayores de 60 años, mientras que, el 21% está entre 51 a 60 años, el 10% entre 41 a 50 años y el 7% entre 18 a 40 años.

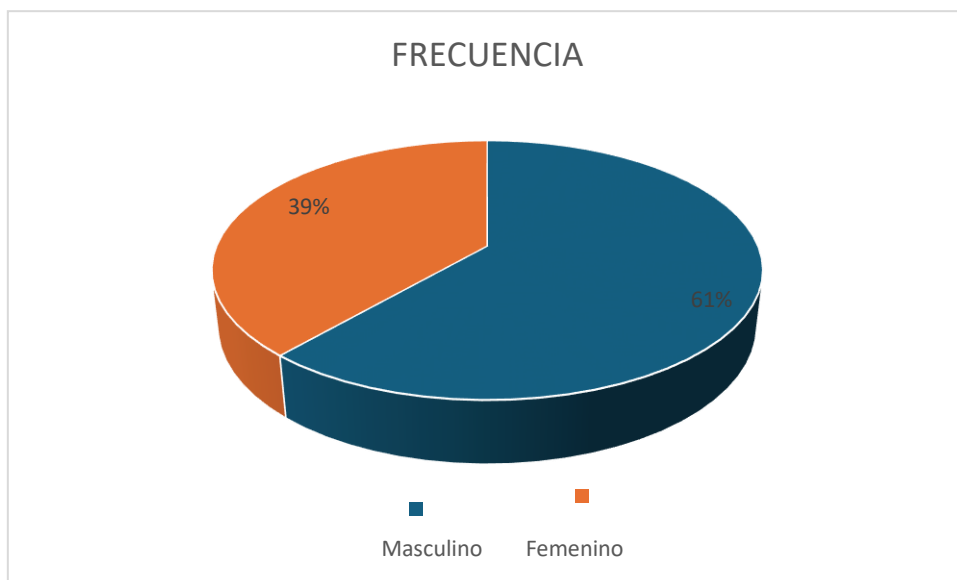
Lo anterior identifica que, más de la mitad de las personas encuestadas son mayores a los 60 años quienes sufren de hipertensión o indicios de ella.

Este enunciado sirve de aporte para catalogar que el grupo etario en el cual se produce la hipertensión arterial con mayor incidencia es en adultos mayores.

Tabla 4. Género

DETALLE	FRECUENCIA%	
Masculino	43	61%
Femenino	27	39%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Género

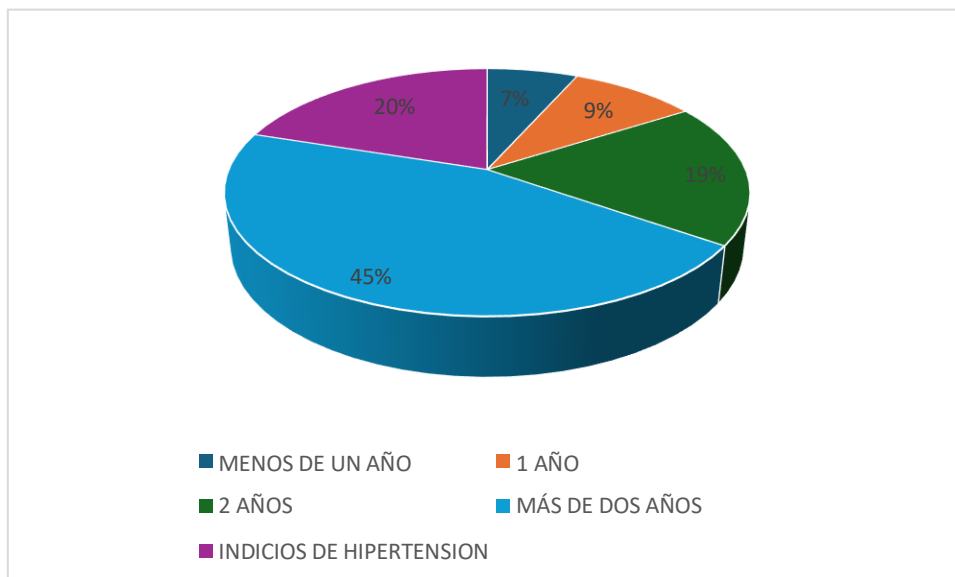
Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

El 61% de pacientes del estudio son hombres y el 39% mujeres, lo que indica prevalencia de hipertensión arterial en hombres. Lo anterior es un aporte investigativo porque se demuestra que hay más hombres que mujeres que padecen problemas de hipertensión arterial.

Tabla 5.*Tiempo de diagnóstico de la enfermedad*

DETALLE	FRECUENCIA	%
MENOS DE UN AÑO	5	7%
1 AÑO	7	10%
2 AÑOS	14	20%
MÁS DE DOS AÑOS	34	49%
INDICIOS DE HIPERTENSION	15	21%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia**Figura 3.** Tiempo de diagnóstico de la enfermedad**Fuente:** Elaboración propia

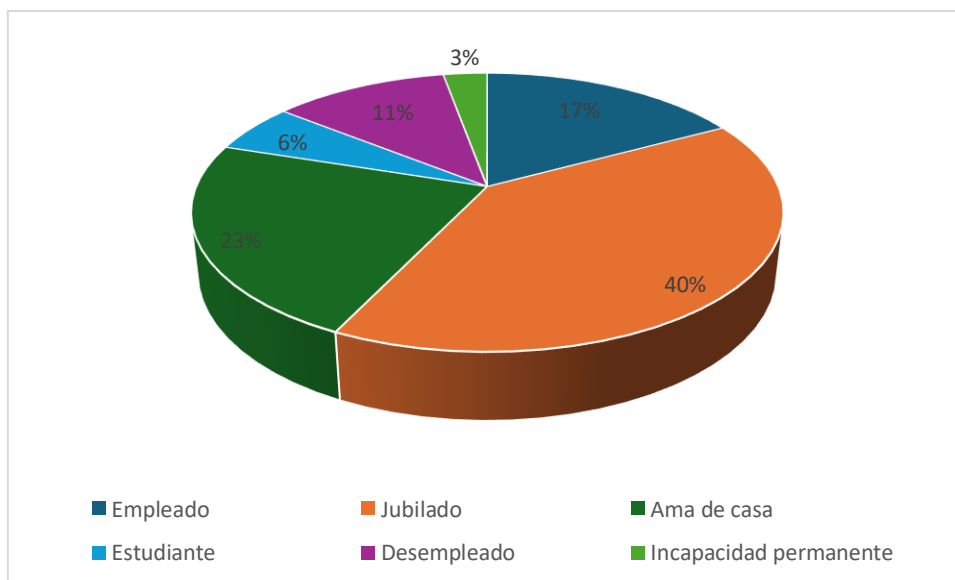
Análisis e Interpretación

De los encuestados, el 49% tiene más de dos años de diagnóstico de hipertensión arterial, el 20% dos años, el 21% dispone solo de indicios de hipertensión, el 10% un año de diagnosticada la enfermedad y el 7% menos de un año de diagnóstico.

Lo anterior indica que, la mayoría de pacientes tienen dos años de diagnosticada la enfermedad, y en otros casos solo tienen indicios de padecimiento de hipertensión, lo anterior expuesto sirve de aporte para determinar que, estos últimos pacientes en etapa de indicios de padecimiento pueden todavía corregir aspectos como hábitos alimenticios, ejercicio y uso de fármacos adecuados para evitar la hipertensión.

Tabla 6.*Ocupación*

DETALLE	FRECUENCIA	%
Empleado	12	17%
Jubilado	28	40%
Ama de casa	16	23%
Estudiante	4	6%
Desempleado	8	11%
Incapacidad permanente	2	3%
TOTAL	70	1

Fuente: Elaboración propia**Figura 4.***Ocupación***Fuente:** Elaboración propia

Análisis e Interpretación

Del total de pacientes encuestados, el 40% es jubilado, el 23% ama de casa, el 17% empleado, el 11% desempleado, el 6% estudiante y el 3% dispone de incapacidad permanente.

Lo anterior indica que, la mayoría de los pacientes encuestados son jubilados o amas de casa, lo que sirve de aporte para determinar que en la mayoría de casos tal vez se da por la mala alimentación o baja en nutrientes que disponen en casa según hábitos de consumo.

Hábitos

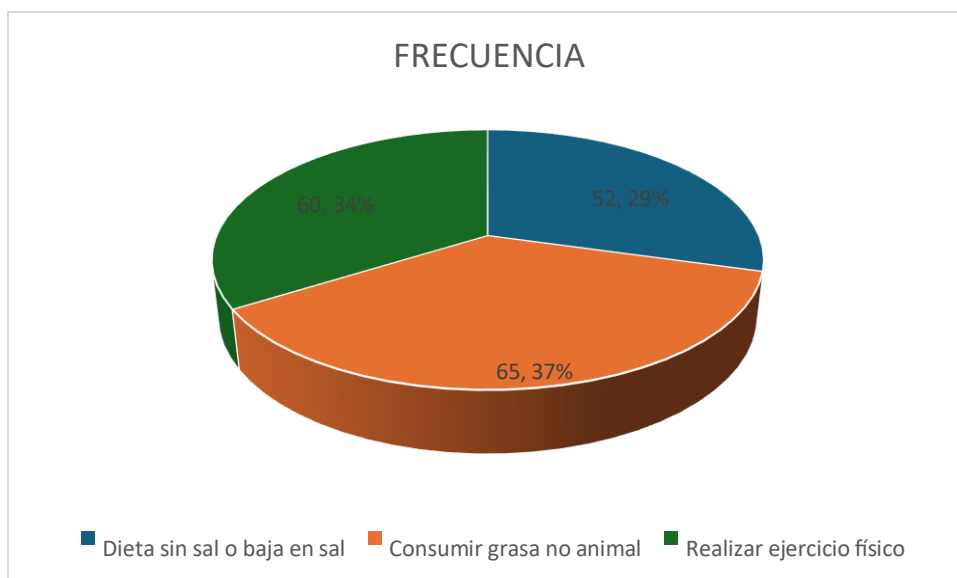
Tabla 7. Indicaciones del médico

DETALLE	FRECUENCIA	%
Dieta sin sal o baja en sal	52	74%
Consumir grasa no animal	65	93%
Realizar ejercicio físico	60	86%

Fuente: Elaboración propia

Figura 5.

Indicaciones del médico



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

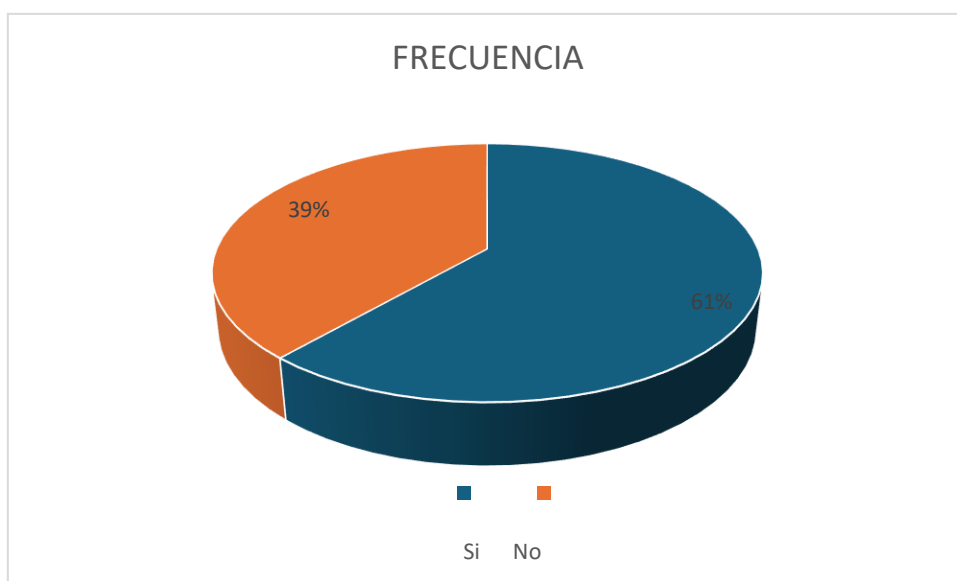
De los encuestados, el 93% dijo que las indicaciones del médico fueron consumir grasa no animal, el 86% dijo realizar ejercicio físico y al 74% de los pacientes el médico recomendó una dieta sin o baja en sal. Lo cual se da debido a aspectos asociados con prevención o disminución de la hipertensión arterial.

Lo determinado anteriormente sirve de aporte para la presente investigación porque se observa que si bien hay un control médico no siempre el paciente podría estar cumpliendo con lo indicado por el profesional debido a que sus hábitos de consumo nutricional pueden ser más fuertes.

Tabla 8. Tratamiento

DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	43	61%
No	27	39%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Tratamiento

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

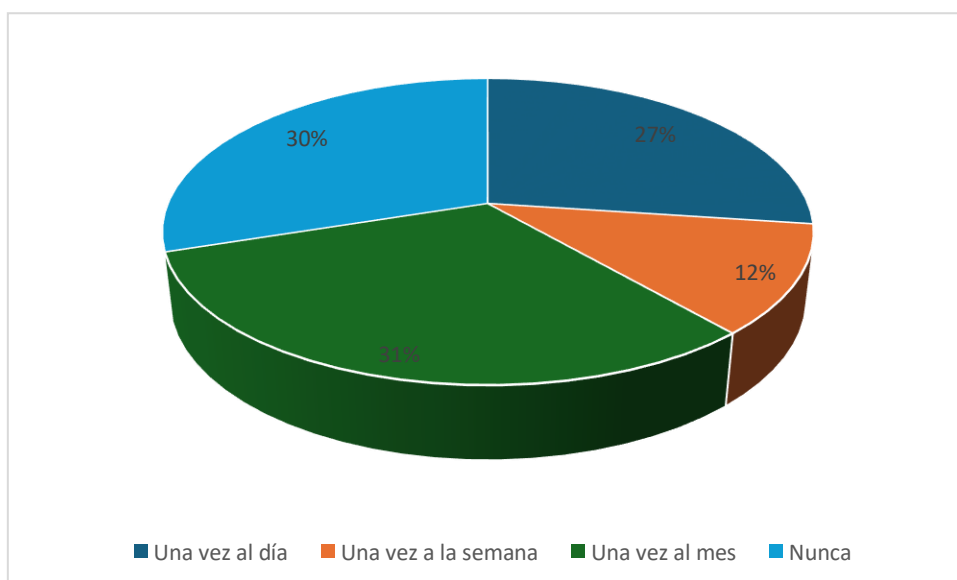
El 61% afirma que, si sigue tratamiento contra la hipertensión arterial, el 39% no lo sigue. Lo anterior indica que si bien la mayor parte de pacientes sigue un tratamiento hay un porcentaje significativo que no sigue tratamiento médico en contra de la hipertensión.

Lo anterior indica que si bien hay la gran mayoría de pacientes con hipertensión arterial que sigue un tratamiento continuo otros no lo hacen y es también un porcentaje elevado, algo que se podría concientizar en la propuesta de charlas, para fomento de inclusión de tratamientos.

Tabla 9. Actividad física

DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una vez al día	19	27%
Una vez a la semana	8	11%
Una vez al mes	22	31%
Nunca	21	30%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 7. Actividad física

Fuente: Elaboración propia

Análisis e Interpretación

De los encuestados, el 31% dice que solo una vez al mes hace ejercicio físico, el 30% no lo hace nunca, el 27% una vez al día y el 11% una vez a la semana, lo que indica que hace falta en la mayoría de pacientes una rutina de ejercicio diario para prevenir la hipertensión arterial.

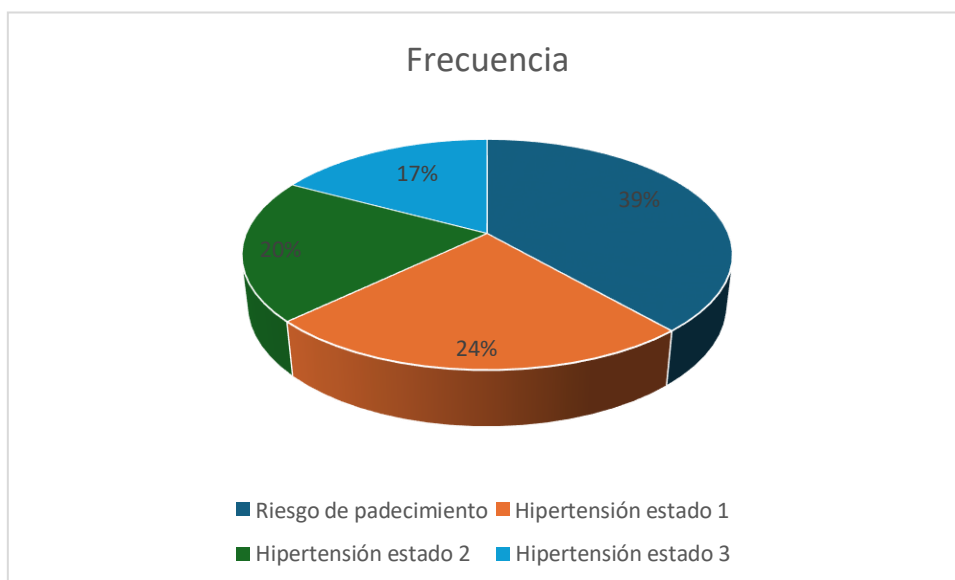
Lo anterior indica que, solo un porcentaje pequeño hace ejercicio una vez al día, el resto solo lo hace una vez al mes o nunca, algo que, por supuesto es un aporte a la investigación, para incluir en las charlas este tema de la importancia de la actividad física para prevenir la hipertensión arterial.

Padecimiento de hipertensión

Tabla 10. Nivel de hipertensión que padece

Detalle	Frecuencia	%
Riesgo de padecimiento	27	39%
Hipertensión estado 1	17	24%
Hipertensión estado 2	14	20%
Hipertensión estado 3	12	17%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Nivel de hipertensión que padece

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

De los pacientes encuestados, el 39% tienen riesgo de padecimiento de hipertensión arterial, el 24% disponen de hipertensión en estado 1, el 20% hipertensión en estado 2, el 17% hipertensión en estado 3.

Lo anterior refleja que en mayor medida los pacientes tienen riesgo de padecer hipertensión arterial y luego están los pacientes con hipertensión estado 1 y 2, y muy pocos disponen de la hipertensión estado 3. Lo que indica que si se podría prevenir que la enfermedad se torne más grave en la mayoría de pacientes a partir de charlas sobre el tema.

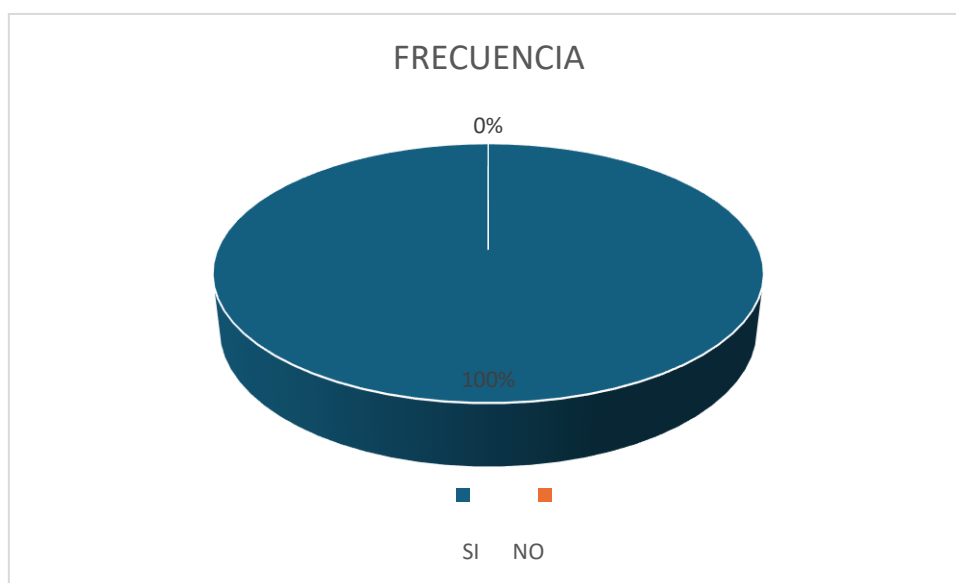
Aceptación de participación en charlas de control y prevención de la hipertensión

Tabla 11. Charlas capacitación

DETALLE	FRECUENCIA	%
SI	70	100%
NO	0	0%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Charlas capacitación



Fuente: Elaboración propia

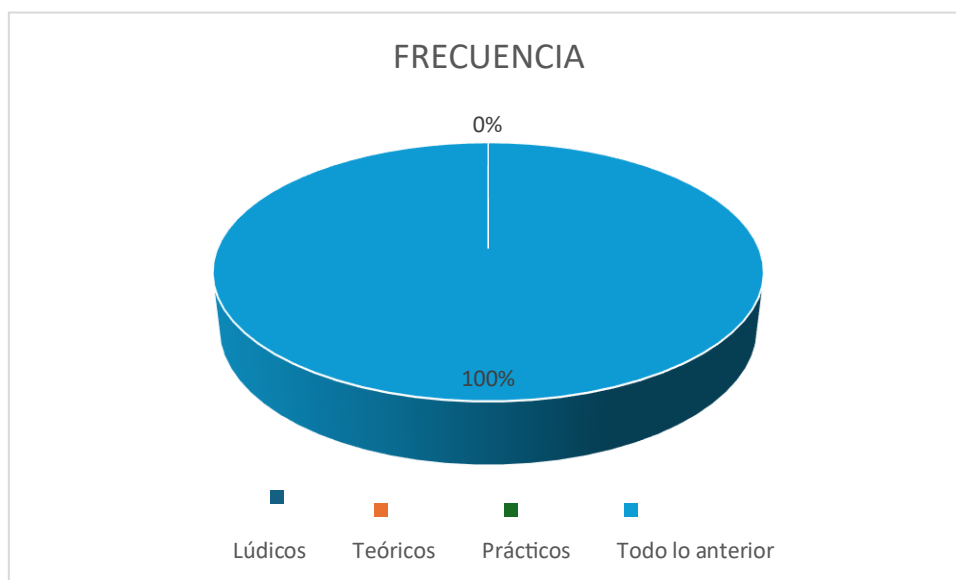
Análisis e interpretación

Todos los encuestados afirman que, sí están de acuerdo con las charlas de capacitación, lo cual es un referente adecuado para la ejecución de la propuesta de inclusión de las charlas, ya que todos los encuestados estarían dispuestos a recibirlas.

Tabla 12. Tipo de charla

DETALLE	FRECUENCIA	%
Lúdicos	0	0%
Teóricos	0	0%
Prácticos	0	0%
Todo lo anterior	70	100%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Tipo de charlas

Fuente: Elaboración propia

Análisis e Interpretación

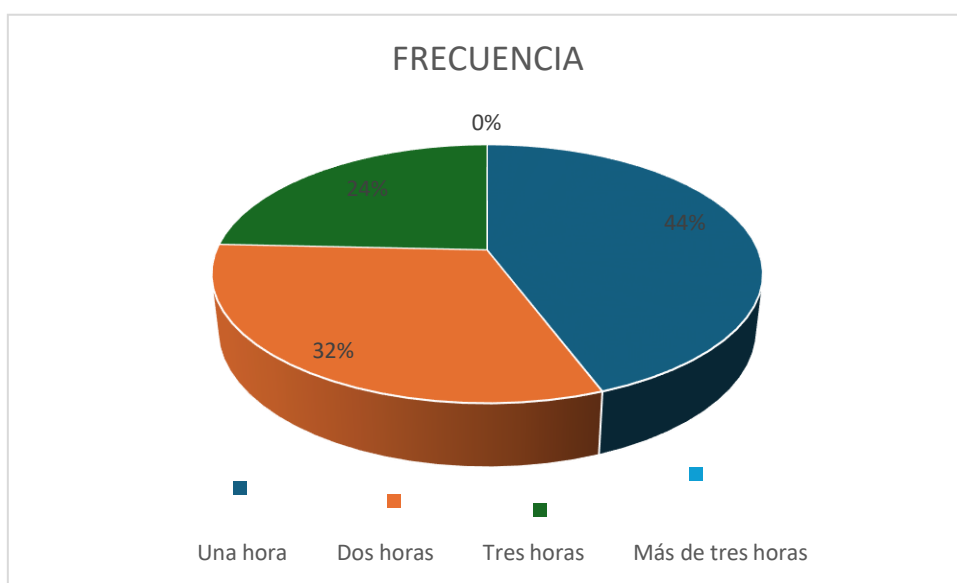
La totalidad de encuestados dicen que requieren charlas tanto lúdicas, como teóricas y prácticas, lo que es un referente para la instauración de la propuesta sobre el tema en cuestión.

Por lo tanto, esto sirve de aporte para incluir las charlas con estas características antes indicadas, para motivar a los pacientes a mejorar sus hábitos de consumo, ejercicio, tratamientos enfocados en reducir los niveles de hipertensión arterial.

Tabla 13. Horas de la semana de las charlas

DETALLE	FRECUENCIA	%
Una hora	31	44%
Dos horas	22	31%
Tres horas	17	24%
Más de tres horas	0	0%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Horas de la semana de las charlas

Fuente: Elaboración propia

Análisis e Interpretación

La mayoría de encuestados (44%) afirman que preferirían las charlas por una hora, el 31% por dos horas, el 24% por tres horas, lo anterior indica que la mayoría de encuestados preferirían que las charlas sean de una hora.

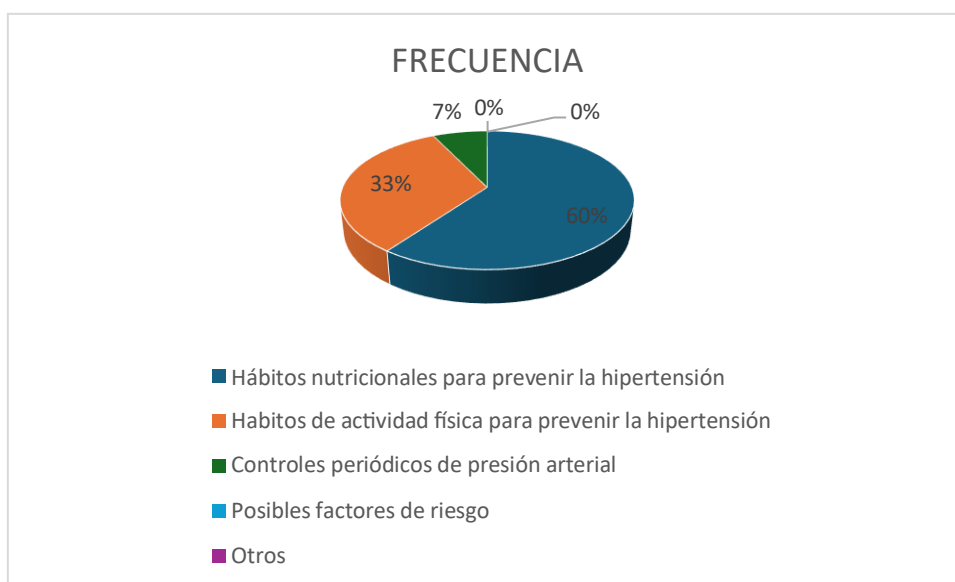
Por lo tanto, se procurará incluir las charlas en 60 minutos respetando el tiempo que tienen los pacientes.

Tabla 14. Temas de charlas

DETALLE	FRECUENCIA	%
Hábitos nutricionales para prevenir la hipertensión	42	60%
Hábitos de actividad física para prevenir la hipertensión	23	33%
Controles periódicos de presión arterial	5	7%
Posibles factores de riesgo	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 12. Temas de Charlas



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

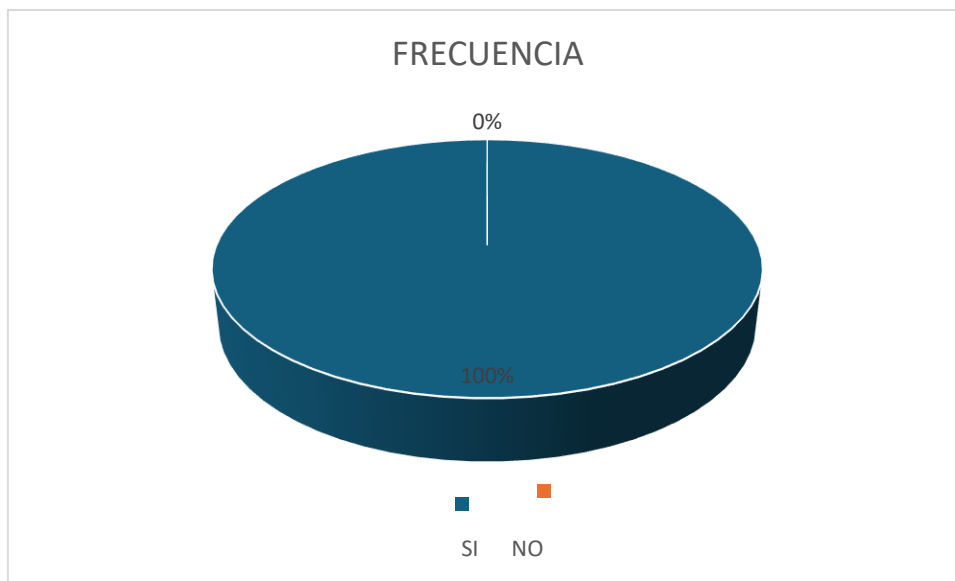
El 60% de pacientes encuestados indican que los temas a tratar en las charlas debería incluir hábitos nutricionales para prevenir o controlar la hipertensión, el 33% dice que sería bueno hablar de la actividad física y el 7% sobre controles de presión arterial.

Lo anterior indica que, la mayoría de los pacientes encuestados incluirían charlas sobre hábitos nutricionales y actividad física.

Tabla 15. Charlas en centros de salud

DETALLE	FRECUENCIA	%	
SI	70	100%	
NO	0	0%	
TOTAL	70	100%	

Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Charlas en centros de salud

Fuente: Elaboración propia

Análisis e Interpretación

La totalidad de pacientes, creen que las charlas deben incluirse en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, siendo una opción oportuna de prevenir y controlar la hipertensión.

Lo anterior sirve para demostrar que es posible incluir las charlas en más centros de salud en el Ecuador.

4.8 Propuesta de solución

A continuación, se presenta el plan de mejora en la Tabla 14 de tal manera que se cumpla con la propuesta de integración de estrategias que ayuden a prevenir la hipertensión arterial, y en la Tabla 2 se especifica su cronograma de actividades.

OBJETIVO ESPECIFICO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	GRUPO OBJETIVO	RESPONSABLE	FECHAS DE INICIO Y FIN	PRESUPUESTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
<p>Proponer la inclusión de estrategias, por medio de actividades educativas para capacitar a los pacientes en temas de nutrición, hábitos saludables y</p>	<p>Gestionar Talleres de capacitación a personal de enfermería sobre la hipertensión arterial</p>	<p>Capacitar al personal de enfermería sobre los principales consejos que deben dar a los pacientes para prevenirla hipertensión arterial</p>	<p>Personal de enfermería del Centro de Salud Fumisa</p>	<p>Jefe de enfermería y enfermeras</p>	<p>01/03/2024 - 14/03/2024</p>	<p>\$500</p>	<p>% de conocimiento del personal capacitado en temas de prevención de hipertensión arterial</p>

Tabla 17. Propuesta

OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	GRUPO OBJETIVO	RESPONSABLE	FECHAS DE INICIO Y FIN	PRESUPUESTO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
Otros	Incluir las charlas de capacitación a los pacientes propensos o con hipertensión arterial del Centro de Salud Fumisa	Charlas de socialización sobre prevención de hipertensión arterial	Pacientes del Centro de Salud FUMISA con indicios o que padecen hipertensión arterial	Enfermeras	15/03/2024 - 10/04/2024	No aplica	% de pacientes con toma de conciencia sobre la posibilidad de prevención de hipertensión arterial (nutrición, ejercicio, estado físico, chequeo médico)

<p>Evaluar la socialización de las charlas a pacientes sobre la hipertensión arterial a partir de una evaluación formativa corta</p>	<p>Cuestionario de aspectos como: nutrición, ejercicio, estado de salud, consumo de fármacos para la retroalimentación desde el paciente sobre lo aprendido</p>	<p>Pacientes del Centro de Salud FUMISA con indicadores o que padecen hipertensión arterial</p>	<p>Jefe de enfermería y enfermeras</p>	<p>10/04/2024 /25/04/2024</p>	<p>Sin necesidad de recursos adicionales a los ya institucionales</p>	<p>Nivel de conocimientos alcanzado por los pacientes sobre los aspectos de prevención de la hipertensión arterial</p>
--	---	---	--	-----------------------------------	---	--

4.9 Monitoreo y evaluaciones

El monitoreo del cumplimiento de lo establecido en la propuesta, se lo hará en torno a una matriz de acciones preventivas y correctivas de tal forma que sea posible medir su nivel de cumplimiento, tal como se presenta a continuación:

Tabla 19. Monitoreo, evaluación frente a acciones preventivas y correctivas

Detalle	Acciones de prevención	Acciones de corrección
1. Talleres de capacitación a personal de enfermería sobre la prevención de la hipertensión Arterial	-Capacitación previa al personal de enfermería -Expositores específicos	-Ampliación de recursos de talento humano (expositores) -Aumento de recursos tecnológicos
2. Incluir las charlas de capacitación a los pacientes propensos o con hipertensión arterial del Centro de Salud Fumisa	-Capacitaciones por el personal de enfermería previo su retroalimentación -% de pacientes que van a asistir/% de pacientes que asisten	-Ampliación de recursos de talento humano (expositores) -Aumento de recursos tecnológicos LIMITACIÓN: Falta de recursos económicos para implementar recursos humanos y tecnológicos
3. Evaluar la socialización de las charlas a pacientes sobre la hipertensión arterial a partir de una evaluación formativa corta	-Consentimiento informado previo para impartir charlas -Documento de planificación entregado a las autoridades del Centro de Salud FUMISA	- % de pacientes con satisfacción del contenido de las charlas -Posibilidad de ampliación de contenidos de las charlas

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

1. Se ha determinado que, la hipertensión arterial o hipertensión se da cuando la presión arterial está entre 130/80 mm Hg, El músculo cardíaco ejerce presión hacia los vasos sanguíneos para direccionen la sangre a todo el cuerpo. La presión máxima se da cuando se produce una contracción del corazón en el momento de la relajación
2. La prevalencia de la afección en los usuarios del Centro de Salud Tipo A Fumisa, del Cantón Buena Fe, en la Provincia de los Ríos para el año 2023 es alta, principalmente existen pacientes con indicios de presión arterial, lo cual es un referente clave para determinar la urgencia por promover estrategias de prevención y control de la hipertensión, pues se puede prevenir esta enfermedad en pacientes propensos (medicina preventiva) y fomentar cuidados para quienes ya disponen de esta enfermedad, para que no se agrave
3. Se ha observado como opción oportuna la inclusión de talleres para enfermeras sobre el tema de la hipertensión para que sean las personas moderadoras quienes dicten charlas sobre nutrición, ejercicio y otros aspectos que se requieren como parte del conocimiento que deben tener tanto profesionales de salud así como para dar a conocer al público en general, y principalmente a los pacientes involucrados con temáticas de interés.

Recomendaciones

De acuerdo con lo evidenciado en las conclusiones se recomienda:

1. Sería conveniente que cada vez en más Centros de Salud a nivel nacional se instauren charlas y talleres que se encaminen al cuidado y prevención de la hipertensión arterial, ya que es conocida como una enfermedad silente y a partir de ella pueden darse otras enfermedades adyacentes generadoras de morbimortalidad.
2. Se podría incorporar un plan de talleres y charlas cada tres meses por parte de operarios médicos móviles que puedan incorporar estas charlas en distintos sitios a nivel nacional, principalmente en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca
3. Sería factible fomentar la conciencia hacia la prevención de hipertensión arterial desde estudiantes de colegios y universidades, con charlas de capacitación por parte del Ministerio de Salud.

Bibliografía

- American Heart Association. (2020). *¿Qué es la presión arterial alta?*
https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/what-is-highbloodpressure_span.pdf.
- Bakris, G. (2021). *Hipertensión renovascular*. Obtenido de msdmanuals:
<https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n-renovascular>
- Carbo, G., Berrones, L., & Gualpa, M. (2021). Riesgos modificables relacionados a la hipertensión arterial. *Más Vida*,
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392174/mv_vol4_n2-2022-art14.pdf.
- Cordova. (2020). Tratamiento de la hipertensión arterial nuevas guías. *BTA*,
https://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2021/02/CADIME_BTA_2020_35_04.pdf.
- Delgado, S. (2017). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Inteligencia emocional y salud en estudiantes universitarios*. Obtenido de
<https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2378/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernandez, C. (2020). *Causas por las que retienes líquidos y cómo remediarlo*. Obtenido de businessinsider: <https://www.businessinsider.es/causas-retienes-liquidos-como-remediarlo-704619>
- Fesemi. (2021). Hipertensión arterial. *Fesemi*,
<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/hta-semi.pdf>.
- Garcia, A. (2019). *Psicoprofilaxis y Educacion Maternal*. Obtenido de
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2019/hdl_10803_667136/aga1de1.pdf
- Gorostidi, M., Gijón, T., Sierra, A. d., Rodilla, E., Rubio, E., Domenech, M., & García, J. (2022). Hipertensión y riesgo vascular. uía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Elsevier*, <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-avance-resumen-guia-practica-sobre-el-diagnostico-S1889183722000666>.
- Hernández, K. (2017). La actividad física reduce el riesgo de muerte en pacientes con hipertensión. *Duazary*, 14(1), 91-100. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/journal/5121/512158787022/html/>
- Kidney. (2021). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Clinical Practice Guideline for the Management of Blood*, *Kidney Int.*, 99 (2021), pp. S1-S87 <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003>.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Encuesta STEP Ecuador*. www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf: salud.gob.ec.

- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Hipertensión arterial Guía de Práctica Clínica*. www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf: Ministerio de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Hipertensión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Se%20habla%20de%20hipertensi%C3%B3n%20cuando,es%20tomarse%20la%20tensi%C3%B3n%20arterial>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Ecuador implementa el programa HEARTS para luchar contra la hipertensión*. Obtenido de paho: <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contra-hipertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Hipertensión, principal factor de sufrir enfermedad cardiovascular*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>: OPS.
- Peñaherrera, L. (2020). *Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adulto mayores en áreas urbanas y rurales del cantón Ambato*. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31113/1/PE%C3%91AHERRERA%20L%C3%93PEZ%20%2CLIZBETH%20ANDREA%20%26.pdf>: UTA.
- Pérez, S. (2022). Hipertensión arterial. *FBVA*, https://fbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbva_libroCorazon_cap12.pdf.
- Regino, Y., Quintero, M., & Saldarriaga, J. (2022). *La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000600648: Revista Colombiana de Cardiología.
- Saenz, M. P., Garcá, C., Saurina, M., & Castro, S. (2019). Practical application of the ATOM study, treatment efficacy of antihypertensive drugs in monotherapy or combination. *Medicina Baltimore*, 98 (15)_ e 151010 (11).
- SENDA. (2020). *Prevención*. <https://www.senda.gob.cl/prevencion/ques/#:~:text=PREVENCI%C3%93N%20se%20entiende%20como%20un,disminuyendo%20factores%20de%20riesgo%20personales>.
- Serra, M., Serra, M., & Viera, M. (2018). *Las enfermedades crónicas no transmisibles magnitud actual y tendencias futuras*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008: Revista Finlay.
- Sociedad Española de Hipertensión. (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. *Nefrología al día*, <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-guia-practica-sobre-el-diagnostico-520>.
- Tagle, R. (2020). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Rev Med Clin Condes*, <https://pdf.sciencedirectassets.com/312299/1-s2.0-S0716864018X00029/1-s2.0-S0716864018300099/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEFEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQD%2FJ8zONptQJ8inx50EhkA8ZtZ0u%2BHgZITz9RqBeT%2Fp6wlgJf2auezuTH%2F0ef3gryfpjF%2FVDh4PuM7n%2>.

Torres, F., Quintero, M., Pérez, M., & Torres, A. (2021 ISSN 2610-7996). Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, https://www.revhipertension.com/rlh_4_2021/9_factores_riesgo_hipertensio_arterial.pdf.

Wagner, P. (2019). Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200004

Anexos

Anexo 1. Cuestionario a pacientes (diagnóstico situacional)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración para realizar el presente estudio. Solo se debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor. Muchas gracias. Además, se anticipa que los datos confidenciales como nombres, números de cédula, dirección y otros datos personales no serán dados a conocer por orden de confidencialidad.

1. Datos demográficos:

Fecha (dd/mm/aa):

Edad: _____

Sexo: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

Ocupación: _____

1. Empleado.
2. Jubilado.
3. Ama de casa.
4. Estudiante.
5. Desempleado.
6. Incapacidad o invalidez permanente

Nivel de
escolaridad:

0. Ninguna.
1. Primaria completa.
2. Primaria incompleta.
3. Secundaria.

4. Preparatoria.
5. Licenciatura.
6. Posgrado.

2. Hábitos

De las siguientes indicaciones, marque con una "X", cuál o cuáles le ha indicado su médico:

1. Dieta sin sal o baja en sal. _____
2. Consumir grasa no animal. _____
3. Realizar ejercicio físico. _____

Tiene usted indicado tratamiento con medicamentos para la hipertensión arterial

1. Sí. _____
2. No. _____

Usted suele realizar actividad física:

Una vez al día.....

Una vez a la semana.....

Una vez al mes.....

Nunca.....

3. Padecimiento de hipertensión

¿Qué tipo de hipertensión dispone?

- Riesgo de padecimiento de hipertensión arterial
- Hipertensión estado 1.....
- Hipertensión estado 2.....
- Hipertensión estado 3.....

4. Aceptación de participación en los talleres de control y prevención de hipertensión

¿Le gustaría recibir talleres de capacitación sobre la prevención y/o control de hipertensión arterial?

Si.....

No.....

Si su respuesta anterior fue sí, ¿qué tipo de talleres le gustaría incluir sobre hipertensión arterial??

Lúdicos.....

Teóricos.....

Prácticos.....

Todo lo anterior.....

¿Cuántas horas a la semana estaría dispuesto (a) a recibir los talleres de prevención y control de la hipertensión arterial?

Una hora

Dos horas.....

Tres horas.....

Más de tres horas.....

¿Qué temáticas le gustaría que se hablen en los talleres de prevención y control de hipertensión arterial?

Hábitos nutricionales para prevenir la hipertensión.....

Hábitos de actividad física para prevenir la hipertensión.....

Controles periódicos de presión arterial en caso de padecimiento.....

Posibles factores de riesgo de la hipertensión arterial.....

Otros.....

¿Cree usted que los talleres sobre prevención y control de la hipertensión arterial deben darse en todos los centros de salud a nivel nacional?

Si.....

No.....