



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN PERSONAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD
RURAL TAYUZA-MORONA SANTIAGO. CUENCA-ECUADOR 2014.**

Tesis previa a la obtención del
título de Médico.

AUTOR:

Diego Mateo Vanegas Bravo

DIRECTOR:

Md. José Vicente Roldán Fernández

ASESOR:

Md. José Vicente Roldán Fernández

CUENCA – ECUADOR

2014 - 2015



RESUMEN

Antecedentes: La hipertensión arterial se sitúa como uno de los problemas más relevantes para la salud pública del país. Diversos estudios resaltan a la hipertensión arterial como una de las enfermedades que en mayor grado se benefician de las intervenciones educativas.

Objetivo: Valorar el impacto de una intervención educativa en conocimientos y prácticas en hipertensión arterial en personas que acuden al subcentro de salud rural Tayuza-Morona Santiago.

Metodología: El estudio es de tipo analítico cuasiexperimental, el lugar escogido para realizar la investigación es el subcentro de salud rural Tayuza, en personas pertenecientes al club de hipertensos del mismo. Se utilizará un cuestionario que será desarrollado pre y pos intervención educativa.

Resultados: El nivel de conocimientos adecuados aumentó del 45,8% a un 87,4% ($p= 0,000$ $RR= 1,91$). En cuanto a prácticas adecuadas también existió una mejoría significativa, aumentando de un 42,18% (pretest) hasta un 65,45 % posterior a la intervención educativa. $p= 0,000$ $RR= 1,51$.

Conclusiones: La intervención educativa sobre Hipertensión arterial generó un impacto significativo dentro de la comunidad de Tayuza.

Palabras Claves: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS, INTERVENCIÓN, TAYUZA.



ABSTRACT

Background: Hypertension is ranked as one of the most important public health problems in the country. Several studies point to hypertension as a disease that greater benefit of educational interventions.

Objective: To assess the impact of an educational intervention on knowledge and practices in blood pressure in people attending rural health sub-center Tayuza-Morona Santiago.

Methodology: The study is quasi analytic, the site chosen for the research is rural health sub-center Tayuza, among those who were hypertensive same club. A questionnaire will be developed will be used pre and post educational intervention.

Results: The appropriate level of knowledge increased from 45.8% to 87.4% ($p = 0.000$ $RR = 1.91$). As good practice also existed a significant improvement, increasing from 42.18% (pretest) to 65.45% after the educational intervention. $p = 0.000$ $RR = 1.51$.

Conclusions: The educational intervention on hypertension generated a significant impact within the community Tayuza.

Keywords: ARTERIAL HYPERTENSION, KNOWLEDGE, PRACTICE, INTERVENTION, TAYUZA.



INDICE

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
4. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	13
5. MARCO TEÓRICO	14
5.1 Tensión Arterial e Hipertensión Arterial: Definición.....	14
5.2 Clasificación de la Hipertensión Arterial.....	14
5.3 Tipos de Hipertensión arterial	14
5.4 Factores de Riesgo.....	15
5.5 Epidemiología	16
5.6 Evaluación Diagnóstica.....	17
5.7 Tratamiento.....	18
5.8 Conocimientos	21
5.9 Practicas	22
6. OBJETIVOS.....	22
6.1 Objetivo General.....	22
6.2 Objetivos específicos	22
7. DISEÑO METODOLÓGICO	23
7.1 Tipo y diseño general del estudio	23
7.2 Unidad de análisis y observación	23
7.3 Universo y muestra.....	23
7.4 Métodos y técnicas de estudio.....	23
7.5 Proceso.....	23
7.6 Criterios de inclusión y exclusión	25
7.8 Aspectos éticos.....	25
8. RESULTADOS	26
9. DISCUSION.....	32
10. CONCLUSIONES.....	35
11. RECOMENDACIONES	37
12. BIBLIOGRAFÍA.....	38



13. ANEXOS	44
ANEXO 1	44
ANEXO 2	45
ANEXO 3	46
ANEXO 4	50
ANEXO 5	52
ANEXO 6	58



Yo, **DIEGO MATEO VANEGAS BRAVO**, autor de la tesis **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD RURAL TAYUZAMORONA SANTIAGO. CUENCA-ECUADOR 2014”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 20 de Marzo de 2015

Diego Mateo Vanegas Bravo

0104791959



Yo, **DIEGO MATEO VANEGAS BRAVO**, autor de la tesis **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD RURAL TAYUZAMORONA SANTIAGO. CUENCA-ECUADOR 2014”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 20 de Marzo de 2015

Diego Mateo Vanegas Bravo.

0104791959



DEDICATORIA

Para Arturo, Paquita, Sebastián, Noelia.

Para Fanny (siempre en mi mente).

Para Ana María.

El Autor



AGRADECIMIENTO

A mi familia, pilares de la consistencia.

De manera especial para Ana María, por todo el afecto.

A mi director y asesor de tesis Doctor José Roldán.

El Autor

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial se sitúa como uno de los problemas más relevantes para la salud pública del país, generando un impacto social masivo y hasta en ocasiones incalculable, el cual muchas veces es consecuencia de la desinformación por parte de los afectados.

Así como en muchas otras dolencias, la población más humilde es la que resulta mayormente afectada, siendo este el caso de los moradores de la parroquia Tayuza, perteneciente al cantón Santiago de Méndez de la provincia de Morona Santiago.

Tayuza está ubicada en la parte central del cantón Santiago de Méndez, a unos 20 km de distancia de la cabecera cantonal Méndez, a lo largo de la vía Méndez-Macas. Sus límites son: al norte la parroquia Chinimbimi; al sur con la parroquia Méndez; al este con la parroquia Patuca y al oeste con las parroquias Méndez y Chinimbimi. Tayuza tiene como cabecera parroquial Tayuza y está conformada por las comunidades de Tuna, Natemza, Muchinkim, Yu, San Salvador y Charip.

El 21 de Junio de 1972 fue elevada a la categoría de parroquia por ser considerada una zona eminentemente agrícola y ganadera. (1), (anexo 1)

Según el censo de 2010 la población de la cabecera parroquial es de 726 habitantes (54% hombres y 46% mujeres). La mayor parte de la población es joven (1-30 años representa el 68% del total), adulta (31-60 años, 25%), adulta mayor (mayores a 60 años, 8%). Así también el fenómeno de la migración resalta como problemática local. (2)

Sin embargo, de acuerdo al estudio de proyección por unidades operativas del área # 5, para el año 2014 la población de Tayuza alcanzará los 1676 habitantes. (3, Anexo 2). Se ha planteado el evaluar los niveles de conocimientos acerca de la HTA en estos pobladores, con el afán de desarrollar una visión mucho más global



con respecto a la realidad de esta afección en la parroquia, para de esta manera mejorar el enfoque acerca del problema dentro de la localidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, una de cada tres personas padece hipertensión arterial, condición responsable de la mitad de las muertes por infartos y enfermedades del corazón. (OMS año 2012). (4)

La hipertensión arterial afecta a un 25% de la población adulta (1.000 millones de personas en todo el mundo) y es la causa principal de mortalidad a nivel global, además de ser la etiología más habitual de consulta con el médico; es el factor de riesgo tratable más fácil de reconocer de ictus, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, disección aórtica, fibrilación auricular y nefropatía terminal. (5) Así también se la considera de muy baja prevalencia en individuos por debajo de los 30 años, alcanzando como tal hasta el 80% en los mayores de 80 años. Todos los grupos étnicos sufren HTA salvo aquellas comunidades que han permanecido culturalmente aisladas, lo cual obviamente no es la situación de Tayuza debido a la gran migración proveniente de Azuay y Cañar (3). La distribución de la prevalencia depende fundamentalmente de factores socioeconómicos y culturales, aunque con tendencia a igualarse en todas las zonas geográficas del planeta. (6)

Se ha calculado que la hipertensión explica 6% de los fallecimientos a nivel mundial. (7) Resulta interesante observar que los estudios de sociedades en fase de "aculturación" y de emigrantes de un entorno más o menos urbanizado, señalan que el ambiente hace una contribución profunda a la presión arterial. Factores ya conocidos como la obesidad y el incremento ponderal son factores de riesgo independientes y potentes de hipertensión (se ha estimado que 60% de los hipertensos tienen exceso ponderal mayor de 20%). Entre las poblaciones, la prevalencia del incremento tensional depende de la ingesta de cloruro de sodio



con los alimentos, y el aumento por el envejecimiento pudiera ser intensificado por el consumo grande de la sal de mesa. La ingesta baja de calcio y potasio en alimentos también pudiera contribuir al peligro de hipertensión. Factores ambientales adicionales que a veces contribuyen a la hipertensión comprenden el consumo de alcohol, el estrés psicosocial y niveles bajos de actividad física. (7) Según el Anuario de Nacimientos y Defunciones - INEC, en el Ecuador las enfermedades hipertensivas fueron la segunda causa de muerte en el 2011. (8) En este mismo año a nivel nacional se presentaron 10.429 casos, siendo la hipertensión esencial (primaria) la que muestra el mayor número de ellos, con 8.653. Al analizar por grupos de edad, los más vulnerables a sufrir hipertensión arterial 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.

Según datos del Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos 2007-2011; y, de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU de Junio 2012, se manifiesta que: las tasas de morbilidad de las enfermedades hipertensivas entre el 2007 y 2011 en la población del Ecuador no presenta aumentos significativos, al pasar de 6,20 a 6,83. La manera más efectiva de controlar el problema es la prevención, siendo uno de sus ejes más relevantes la educación, lo que influiría de manera notable en el cambio de estilo de vida de la población, situación sumamente necesaria en el país. En el Ecuador, según el módulo de uso del tiempo de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU, en lo que se refiere a la actividad física, el 43,54% del grupo de edad de 36 a 64 años no hace ejercicio. (8, 9).



3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La investigación ahonda en uno de los problemas más prevalentes dentro de nuestro país, y dado el impacto que esta condición tiene en miles de personas resulta una prioridad desarrollar cada vez más proyectos enfocados en la educación de la población en lo referente a enfermedades crónicas.

Con el presente estudio se pretende obtener una visión fidedigna acerca de los conocimientos sobre hipertensión arterial en los habitantes de la parroquia Tayuza que asisten al subcentro de salud, para de esta manera poder contrastar la realidad de estos pobladores con lo que se cree o concibe acerca de su situación frente a información básica sobre hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular.

La finalidad perseguida es la de generar un sustrato adecuado sobre el cual actuar, es decir una base de datos importante para los trabajadores de la salud locales, la cual les brindará información necesaria para generar estrategias de educación más específicas.

Los resultados serán publicados en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Con este estudio se busca generar datos de importancia en lo referente al nivel de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en las personas que acuden al subcentro de salud Tayuza, Morona Santiago.

Así mismo las conclusiones y resultados obtenidos mediante el presente estudio serán de beneficio para la institución (Subcentro de salud Tayuza) y para quienes conforman tanto el grupo de trabajo local como los pobladores en sí, para quienes este pequeño esfuerzo se espera sirva de ayuda para mejorar las condiciones de vida y quizá estimular un mayor número de estudios que impliquen la educación de la población como un eje de relevancia para la salud pública del país.

4. MARCO TEÓRICO

5.1 Tensión Arterial e Hipertensión Arterial: Definición

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mmHg) y se registra en forma de dos números separados por una barra, correspondiendo el primero a la tensión sistólica (la más alta y que se produce cuando el corazón se contrae), mientras que el segundo número hace referencia a la tensión diastólica (la menor, se da cuando el músculo cardiaco se relaja); la tensión normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mmHg y una tensión diastólica de 80 mmHg. Por lo tanto la Hipertensión Arterial (HTA) en el adulto se define como una tensión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg y una tensión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg. (10)

5.2 Clasificación de la Hipertensión Arterial

Tabla 1. Clasificación de la HTA

Presión Arterial		
Optima		<120/80 mmHg
Normal:		120/80-129/84 mmHg
Normal Alta:		130/85-139/89 mmHg
Hipertensión	Grado 1:	140-159/90-99 mmHg
Hipertensión	Grado 2:	160-179/100-109 mmHg
Hipertensión	Grado 3:	≥ 180/110 mmHg
Hipertensión Sistólica Aislada		≥ 140/<90 mmHg

Tomado de: Guías Latinoamericanas de Hipertensión arterial. (11)

5.3 Tipos de Hipertensión arterial

5.3.1 Hipertensión arterial primaria o esencial: es la hipertensión idiopática que tiene factor genético, por tanto, suele existir antecedentes en la historia familiar.

5.3.2 Hipertensión arterial secundaria: Cuyo origen se encuentra correlacionado con una causa específica ya sea esta: renovascular, feocromocitoma, coartación de la aorta, entre otras. (12)



5.4 Factores de Riesgo

5.4.1 No Modificables

- **Etnia:** Estudios realizados han demostrado, niveles más altos de hipertensión arterial en la etnia negra. Esto debido, al diferente comportamiento que tiene la enfermedad. (13)
- **Edad y sexo:** hombre ≥ 45 años o mujer post-menopáusica
- **Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.**
- **Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular:** Solo cuando estos han ocurrido en familiares de primer grado.
- **Sensibilidad a la sal:** La causa de esta sensibilidad especial a la sal es variable, presentado el aldosterismo primario, la estenosis bilateral de la arteria renal, las enfermedades parenquimatosas renales, o la hipertensión esencial con renina baja aproximadamente la mitad de los pacientes. (14)

5.4.2 Modificables

- **Tabaquismo:** Fumar uno o más cigarrillos al día.
- **Dislipidemias:** Colesterol total \geq a 200mg/dL o colesterol LDL \geq a 130mg/dL o colesterol HDL < de 40 mg /dL y triglicéridos (TGC) \geq a 150 mg/dL.
- **Diabetes Mellitus:** glicemia en ayunas \geq a 126 mg/dL en al menos dos ocasiones o glicemia casual \geq a 200 mg/dL asociada a síntomas clásicos. (15)

5.4.3 Factores socioeconómicos

Determinantes sociales tales como: salud, ingresos, educación y vivienda generan un impacto negativo en los pacientes, en lo que a sus factores de riesgo conductuales se refiere, favoreciendo por lo tanto la aparición de HTA. Así mismo



las condiciones de vida o trabajo favorecerían el aumento de la tensión arterial dado que pueden retrasar la detección y el tratamiento oportuno, así como el desarrollo de complicaciones, todo esto derivado de la falta de acceso a diagnóstico y tratamiento. (16)

5.5 Epidemiología

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. (18)

La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.

Para 2008 el 40% de adultos mayores de 25 años habían sido diagnosticados de HTA. (19)

En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica (encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados) varía entre el 26 al 42%. (20)

En el Ecuador la hipertensión constituye la sexta causa de mortalidad. Mientras que en los primeros lugares esta las Cardiovasculares, Cerebrovasculares y Diabetes. La HTA esencial o primaria constituye entre el 90 y 95% constituye la hipertensión arterial esencial, mientras que el 5 y 10 % es secundaria, a enfermedades renales, endócrinas, por medicamentos, etc. (21)



5.6 Evaluación Diagnóstica

5.6.1 Toma de la tensión arterial

El método auscultatorio de medida de PA con un instrumento calibrado y adecuadamente validado es el más recomendado. Las recomendaciones a seguir para una correcta medición son: pacientes sentados y quietos en una silla durante, al menos 5 minutos, con los pies en el suelo, y el brazo a la altura del corazón. La medida de la PA de pie está indicada periódicamente, especialmente en quienes tengan riesgo de hipotensión postural. Un tamaño adecuado de brazalete es aquel que sobrepase al menos en 80 % el brazo. La PAS es el punto en el que se escucha el primero de dos o más sonidos (fase 1), y la PAD es el punto tras el que desaparece el sonido (fase 5). Es responsabilidad de los profesionales de la salud dar a conocer los resultados a sus pacientes así como los objetivos esperados.

(22)

5.6.2 Anamnesis

Aspectos relevantes en la misma son:

- Fecha del primer diagnóstico de HTA, mediciones pasadas y presentes y el tratamiento antihipertensivo actual y pasado.
- Causas secundarias de HTA (alteraciones endocrinas, renales, gestación, etc).
- Riesgo cardiovascular total e incluir las enfermedades concomitantes (Diabetes, Insuficiencia Cardíaca, EAP, valvulopatías, palpitaciones, síncope y alteraciones neurológicas).
- La historia de enfermedad renal crónica debe incluir tipo y duración de la misma.
- Uso de nicotina y la presencia de dislipidemias.



- La historia familiar de HTA prematura o ECV prematuro es un primer indicador importante de predisposición familiar (genética) a la HTA y la ECV y podría indicar la necesidad de pruebas genéticas. (23)

5.6.3 Examen físico

Un correcto examen físico está en condición de:

- Establecer o verificar el diagnóstico de HTA, determinar la tensión arterial actual, cribar posibles causas secundarias y mejorar la estimación del riesgo cardiovascular total.
- En al menos una ocasión debe medirse la TA en ambos brazos, y en caso de observarse una diferencia en la TA sistólica mayor a 20 mm Hg y en la TA diastólica mayor a 10 mm Hg, deben realizarse pruebas adicionales con el fin de descartar la presencia de anomalías vasculares.
- En todos los pacientes hay que proceder con la auscultación de arterias carótidas, cardíacas y renales (la presencia de soplos puede indicar la necesidad de pruebas posteriores).
- Debe registrarse talla, peso, IMC y perímetro abdominal con el paciente en bipedestación. La palpación de pulsos y auscultación cardíaca pueden revelar la presencia de arritmias.
- En todos los pacientes hay que medir la frecuencia cardíaca con el paciente en reposo (una FC aumentada indica aumento de riesgo de enfermedad cardíaca).
- Pulsos irregulares pueden denotar sospecha de fibrilación auricular. (24)

5.7 Tratamiento

5.7.1 Objetivos del tratamiento

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Se conoce que la mayoría de



pacientes en especial aquellos mayores de 50 años, alcanzarán el objetivo de PAD después del PAS, el enfoque primario debe ser conseguir el objetivo de PAS. Tratando la PAS y la PAD hasta la meta de 140/90 mmHg está asociado con un descenso en complicaciones cardiovasculares (25). En hipertensos diabéticos o enfermedad renales objetivo de PA es < 130/80 mmHg. (26)

5.7.2 Modificaciones en Estilos de Vida

La adopción de estilos de vida saludables en todo el mundo es imprescindible para prevenir la elevación de PA y es indispensable en hipertensos. La modificación de los estilos de vida más importantes bajan la PA, incluyendo:

- Reducción de peso en obesos y sobrepeso.
- Dieta DASH rica en potasio y calcio. Reducción de sodio en la dieta. El estudio “Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet” concluyó que la reducción de la ingesta de sodio a niveles por debajo de la recomendación actual de 100 mmol por día y la dieta DASH producen una baja sustancial en la presión arterial, con mayores efectos en combinación que individualmente. Así también los efectos a largo plazo dependerán de la capacidad de los pacientes para modificar sus hábitos haciéndolos duraderos. (25)
- Actividad física y moderación en consumo de alcohol.

La modificación de estilos de vida reduce la PA, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular.

“Por ejemplo, una dieta DASH de 160 mg de 10 sodio tiene un efecto similar a un tratamiento farmacológico simple. Combinaciones de dos (o más) modificaciones en el estilo de vida pueden significar mejores resultados”. (27)

Tabla 2. Modificaciones en estilo de vida en el manejo del hipertenso* +

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

DASH, Dietary Approaches to STOP Hipertensión.

* Para reducción de todos los factores de riesgo, dejar de fumar

+ Los efectos de estas modificaciones son dosis y tiempo dependientes, y pueden ser mayores en algunos individuos

Tomado de: Informe JNC-7º. (27)



5.7.3 Tratamiento Farmacológico

Se dispone de excelentes datos de resultados de estudios clínicos que muestran que el descenso de la PA con algunas clases de fármacos, incluyendo IECAs, ARA2, betabloqueantes, antagonistas del calcio y diuréticos tipo tiazida, reducen todas las complicaciones de la HTA.

Los diuréticos tipo tiazida han sido la base de la terapia antihipertensiva en la mayoría de estudios. En estos Estudios, incluyendo Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack (ALLHAT) (28), los diuréticos han sido virtualmente insuperados en la prevención de las complicaciones cardiovasculares de la HTA. La excepción es el Second Australian National Blood Pressure, estudio que aporta ligeros mejores resultados en hombres blancos con un régimen que comenzaba con IECAs comparado con otro que iniciaba con un diurético. (29)

Los diuréticos aumentan la eficacia antihipertensiva de múltiples regímenes, que pueden ser usados para conseguir el control de PA, y son más asequibles que otros agentes terapéuticos. A pesar de estos hallazgos los diuréticos permanecen infrutilizados.

Los diuréticos tipo tiazida deberían ser usados como terapia inicial en la mayoría de los hipertensos, solos o en combinación con agente de las otras clases (IECAs, ARA II, BBs, BCC) que hayan demostrado ser beneficiosos en resultados de estudios controlados. Si un fármaco no es tolerado o está contraindicado, debería usarse uno de los de otra clase que haya demostrado reducción en eventos cardiovasculares. (30)

5.8 Conocimientos

Son una mezcla fluida de experiencias, información contextual, datos, valores, apreciaciones etc., que dan un espacio para poder ser evaluados o medidos, además de que pueden ser modificados y sumados a otras nuevas experiencias e



información; estos saberes se almacenan en la mente de los conocedores y tienen otra característica importante que constituye el hecho de que pueden ser transferidos por sus poseedores mediante instrumentos tangibles como un libro o cualquier otro tipo de documento escrito, e instrumentos intangibles como la propia voz. (31)

5.9 Practicas

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española las define como la “realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas” o como “aplicación de una idea, teoría o doctrina”. (32)

5. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

- Valorar el impacto de una intervención educativa en conocimientos y prácticas en hipertensión arterial en personas que acuden al subcentro de salud rural Tayuza-Morona Santiago.

6.2 Objetivos específicos

- Determinar conocimientos y prácticas en hipertensión en personas que acuden al subcentro de salud rural Tayuza previo a intervención educativa.
- Determinar conocimientos y prácticas en hipertensión en personas que acuden al subcentro de salud rural Tayuza posterior a intervención educativa.
- Valorar el impacto de la intervención educativa en hipertensión en personas que acuden al subcentro de salud rural Tayuza posterior a intervención educativa.



6. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo y diseño general del estudio

Se trata de un estudio cuantitativo analítico cuasiexperimental.

7.2 Unidad de análisis y observación

Subcentro de salud rural Tayuza.

7.3 Universo y muestra

Universo: Pacientes que acuden al subcentro de salud rural Tayuza.

Muestra: 50 pacientes pertenecientes al club de hipertensos del subcentro de salud rural Tayuza.

7.4 Métodos y técnicas de estudio

Para la obtención de los datos se revisó y recolectó la información necesaria de la base de datos del subcentro de salud rural Tayuza, en base a los cuales, se trabajó con los pacientes que pertenecen al club de hipertensos de esta parroquia, se identificó el domicilio de cada uno de los integrantes con el objetivo de incentivarlos para que acudan a la charla y hagan parte activa de la intervención educativa. El día que se dictó la charla educativa se llenó un cuestionario para valorar sus conocimientos y luego de tres meses los pacientes llenaron el mismo cuestionario con el fin de determinar el impacto de la misma.

7.5 Proceso

- Me dirigí a la parroquia Tayuza perteneciente al cantón Santiago de Méndez de la provincia de Morona Santiago para identificar la residencia de los pacientes que conforman el club de hipertensos de dicha parroquia y convocarlos para la charla que se realizó en el subcentro rural de Tayuza.



- Pregunté casa por casa donde vive el paciente hasta localizarlos, y si este no se encontraba en el momento de la visita permanecí en la Parroquia de Tayuza hasta poder hablar con el paciente
- Me dediqué a convocar a los pacientes durante tres días hasta tratar de localizarlos debido a sus diferentes ocupaciones. Durante mi estadía en la parroquia busqué un Hotel para hospedarme en el cantón Santiago de Méndez, debido a la distancia de dicho cantón con la Ciudad de Cuenca no me podría haber movilizado a horas inapropiadas.
- Una vez identificados los pacientes procedí a informarles el objetivo de la charla y de esta manera incentivarlos para poder contar con su asistencia
- El día de la charla se detallaron las características del estudio, sus implicaciones, beneficios y riesgos a los involucrados.
- Se dio la aceptación de la participación en el estudio y firma del consentimiento informado (Anexo 4).
- Una vez autorizados se procedió a entregar un cuestionario y desarrollo de los mismos por parte de los asistentes.
- Se impartió una charla dictada por el autor del estudio con ayuda de material didáctico como audiovisuales, papelógrafos y folletos para concientizar a la comunidad sobre la importancia del conocimiento y prácticas adecuadas en relación a la hipertensión arterial.
- Por un período de tres meses se llevó a cabo una ardua campaña con folletos que fueron entregados en el subcentro de salud de la parroquia de Tayuza y carteles que concentraron los aspectos más esenciales de la información brindada en la charla.
- Durante estos meses realicé viajes periódicos con el afán de percibir el desarrollo de la situación; así mismo facilitando nuevo material en el subcentro de salud y de esta manera renovar el interés de los pacientes en el estudio.
- Luego de tres meses se valoró los conocimientos impartidos en la conferencia con el mismo cuestionario aplicado en la primera reunión.



- Llenado de los formularios con los datos obtenidos.
- Revisión e introducción de los datos al ordenador (programa IBM SPSS 21).

7.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Personas que acuden regularmente al club de hipertensos del subcentro de salud rural Tayuza.
- Personas que firmaron el consentimiento informado.
- Personas con diagnóstico previo de hipertensión arterial

Criterios de exclusión

- Personas que no acuden a la intervención educativa.

7.8 Aspectos éticos

Antes de iniciar el proceso de recolección de datos se solicitó mediante un oficio, la autorización respectiva para la realización del estudio al Director del Subcentro de salud rural Tayuza.

Los participantes fueron informados sobre el estudio y los objetivos que se persigue, para ello se les entregó el correspondiente consentimiento informado.

Los datos son anónimos, guardados con absoluta confidencialidad, los mismos servirán para análisis estadístico y se facultarán a quien se crea conveniente para su verificación con el beneficio de la comunidad como finalidad.

7. RESULTADOS

Tabla 1. Tabla basal de 50 pacientes

Variable	Muestra (n =100)
Edad (años)	64,90 (\pm 13,49)
Sexo	
<i>Masculino</i>	30 (60%)
<i>Femenino</i>	20 (44%)
Estado Civil	
<i>Soltero</i>	4 (8%)
<i>Casado</i>	25 (50%)
<i>Viudo</i>	16 (32%)
<i>Divorciado</i>	4 (8%)
<i>Separado</i>	1(2%)
Ocupación	
<i>Agricultor</i>	15 (30%)
<i>Obrero</i>	2 (4%)
<i>Ama de casa</i>	23 (46%)
<i>Chofer</i>	3 (6%)
<i>Profesional</i>	1 (2%)
<i>Desempleado</i>	3 (6%)
<i>Otro</i>	3 (6%)
Etnia	
<i>Mestizo</i>	39 (78%)
<i>Afroamericano</i>	1 (2%)
<i>Blanco</i>	1 (2%)
<i>Indígena</i>	9 (18%)
Peso (Kg)	67,80 (\pm 14,97)
Talla (m)	1,55 (\pm 0,11)
IMC (Kg/m²)	27,91 (\pm 4,19)
PA Sistólica (mmHg)	141,40 (\pm 16,92)
PA Diastólica (mmHg)	79,84 (\pm 12,96)
Circunferencia abdominal (cm)	95,49 (\pm 12,48)

* DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Vanegas

Se incluyeron 50 pacientes pertenecientes al club de hipertensos del subcentro de salud rural Tayuza, con una edad promedio de 64,9 años, el 60% eran hombres, 40% eran mujeres, el 50% de los encuestados estaban casados, 32% viudos, tan sólo un 8% eran solteros.

Ama de casa resultó ser la ocupación con mayor porcentaje, con un 46%, seguido de la agricultura con un 30%.

El 78% de los encuestados se identificaban como mestizos, un 18% lo hicieron como indígenas.

En cuanto a variables antropométricas, el peso registró una media de 67,8 kg, la talla una media de 1,55 m, un IMC de 27,91 kg/m², PA sistólica de 141.4, una PA diastólica de 79.8 y una circunferencia abdominal de 95,49 cm.

Tabla 2. Tabla resultados conocimientos de 50 pacientes

Conocimientos	Pretest (n =50)	Postest (n =50)	Valor p (X ²)
Explicación de la hipertensión			
<i>Adecuado</i>	13 (26%)	49 (98%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	37 (74%)	1 (2%)	
Valor diagnóstico hipertensión			
<i>Adecuado</i>	15 (70%)	43 (86%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	35 (40%)	7 (14%)	
Duración de la hipertensión			
<i>Adecuado</i>	33 (66%)	46 (92%)	0.001*
<i>Inadecuado</i>	17 (26%)	4 (8%)	
Daño a órganos diana			
<i>Adecuado</i>	29 (58%)	46 (92%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	21 (42%)	4 (8%)	
Hipertensión y aumento del Riesgo Cardiovascular			
<i>Adecuado</i>	28 (56%)	46 (92%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	22 (44%)	4 (8%)	
Dieta y reducción de la presión			
<i>Adecuado</i>	22 (44%)	46 (92%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	28 (56%)	4 (8%)	
Sal y la reducción de la presión			
<i>Adecuado</i>	33 (66%)	43 (86%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	17 (34%)	7 (14%)	
Control solo con medicación			
<i>Adecuado</i>	16 (32%)	38 (76%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	34 (68%)	12 (24%)	
Se puede dejar la medicación			
<i>Adecuado</i>	17 (34%)	38 (76%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	33 (66%)	12 (24%)	
Manejo del estrés			
<i>Adecuado</i>	23 (46%)	42 (84%)	0.000*
<i>Inadecuado</i>	27 (54%)	8 (16%)	
Total conocimientos			
<i>Adecuado</i>	45.8%	87.4%	0.000*
<i>Inadecuado</i>	54.2%	12.6%	

* DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Vanegas



Como balance general se muestra como obvio el impacto de la intervención educativa dentro de lo que conocimientos acerca de HTA concierne, ya que entre todos los ítems de estudio se registra una diferencia significativa positiva en relación a una mejora dentro de los conocimientos de la población de estudio. Existen ciertos aspectos a destacar:

La población tanto antes como después de la intervención reconoce en gran medida los *valores límite* que clasifican a una tensión arterial como patológica, es decir 140/90 (70% pretest, y 86% postest).

Las variables de estudio que hablan de *explicación previa de lo que es HTA, control de la HTA solo a base de medicación, es posible dejar la medicación, el estrés y su relación con HTA* muestran una gran mejoría pos intervención, ya que en general más del 80% de la población de estudio demostró un mejor manejo en cuanto a estas variables.

Resulta preocupante que el nivel de conocimientos previos a la intervención se defina como inadecuado, ya que muchos de los individuos presentaban HTA de larga data, por lo cual de manera indirecta esto podría relacionarse con futuras complicaciones, destaco nuevamente esto como una noción mas no como un hecho definitivo, pero sin que esto reste trascendencia a lo dicho anteriormente.

Tabla 2. Tabla resultados prácticas de 50 pacientes

Conocimientos	Pretest (n =50)	Postest (n =50)	Valor p (X ²)
Horario tomar medicación			
<i>Adecuada</i>	24 (48%)	43 (86%)	0.000*
<i>Inadecuada</i>	26 (52%)	7 (14%)	
Dosis adecuada medicación			
<i>Adecuada</i>	28 (56%)	44 (88%)	0.000*
<i>Inadecuada</i>	22 (44%)	6 (12%)	
Cumplir con la dieta			
<i>Adecuada</i>	18 (36%)	29 (58%)	0.028*
<i>Inadecuada</i>	32 (64%)	21 (42%)	
Asistencia a consulta programada			
<i>Adecuada</i>	20 (40%)	33 (66%)	0.009*
<i>Inadecuada</i>	30 (60%)	17 (34%)	
Realiza ejercicios físicos			
<i>Adecuada</i>	7 (14%)	8 (16%)	0.779
<i>Inadecuada</i>	43 (86%)	42 (84%)	
Acomoda la medicación a sus horarios			
<i>Adecuada</i>	19 (38%)	32 (64%)	0.009*
<i>Inadecuada</i>	31 (62%)	18 (36%)	
Decisión conjunta del tratamiento con el médico			
<i>Adecuado</i>	16 (32%)	30 (60%)	0.005*
<i>Inadecuado</i>	34 (68%)	20 (40%)	
Necesidad de supervisión familiar			
<i>Adecuada</i>	28 (56%)	39 (78%)	0.019*
<i>Inadecuada</i>	22 (44%)	11 (22%)	
Dificultad en tomar la medicación			
<i>Adecuada</i>	26 (52%)	42 (84%)	0.001*
<i>Inadecuada</i>	24 (48%)	8 (16%)	
Recordatorios para la medicación			
<i>Adecuada</i>	20 (40%)	31 (62%)	0.028*
<i>Inadecuada</i>	30 (60%)	19 (38%)	
Análisis del cumplimiento con el médico			
<i>Adecuada</i>	26 (52%)	29 (58%)	0.546
<i>Inadecuada</i>	24 (48%)	21 (42%)	
Total prácticas			
<i>Adecuado</i>	42.18%	65.45%	0.000*
<i>Inadecuado</i>	57.82%	34.55%	

* DIFERENCIA ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Vanegas

De forma general existe una mejoría en cuanto a las prácticas en relación a resultados previos a la intervención, aunque cabe destacar que esta mejoría significativa, si la comparamos con los resultados en cuanto a conocimientos, aún se encuentran por debajo.

Situaciones a destacar en cuanto a prácticas incluyen las siguientes:

Las únicas variable que no presentaron mejoría ni una diferencia significativa fue la relacionada a la *práctica de ejercicio físico* (14% pretest y 16% postest; $p=0,779$), posiblemente atribuible a la edad avanzada de la población de estudio; así como *análisis del cumplimiento con el médico*, ya que tanto en el pretest y postest fue adecuada sin denotar mejoría significativa (52% y 58% respectivamente, $p= 0,546$)

El *establecer un horario, la dosis adecuada de la medicación y la necesidad de supervisión familiar* presentaron una gran mejoría (86%, 88% y 78% respectivamente).

Tabla 3. Impacto del programa educativo

Conocimientos	Postest	Pretest	Valor p	RR	IC 95%
Conocimientos					
<i>Adecuada</i>	87.4%	45.8%	0.000*	1,91**	1,72 – 2,11
<i>Inadecuada</i>	12.6%	54.2%			
Prácticas					
<i>Adecuada</i>	65.45%	42.18%	0.000*	1,55**	1,38 – 1,74
<i>Inadecuada</i>	34.55%	57.82%			

* DIFERENCIA ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA

** RELACIÓN DE PROTECCIÓN

Fuente: Base de datos

Elaboración: Mateo Vanegas

En lo referente al impacto en sí de esta intervención educativa, es sumamente obvio lo adecuado de la misma.



Ahora cabe recalcar que el principal aspecto sobre el cual influyó fueron los conocimientos que la población que padece HTA pertenecientes a Tayuza posee acerca de su propia enfermedad. Existe un cambio realmente significativo si tomamos en cuenta tanto los resultados pre y post test.

Se pasó de un nivel de conocimientos adecuados del 45,8% a un 87,4%, lo cual revela de cierta manera la importancia e impacto que pueden llegar a tener las intervenciones educativas. $p= 0,000$ $RR= 1,91$.

Dentro de lo que corresponde a prácticas adecuadas asociadas al manejo de la HTA también existió una mejoría significativa, aumentando de un 42,18% (pretest) hasta un 65,45 % posterior a la intervención educativa. $p= 0,000$ $RR= 1,51$.



8. DISCUSION

De este estudio resulta sumamente llamativo la capacidad de generar cambios significativos en un periodo relativamente corto de tiempo. Al tratarse de una enfermedad tan prevalente en nuestro país y el mundo, el encontrar nuevas vías para armarnos frente a ella, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, en lo personal resulta altamente motivador.

La HTA afecta a un 25% de la población mundial (5), en Ecuador 1 de cada 3 personas padece HTA.

Para la mejora del cumplimiento son necesarios programas de intervención educativa y una adecuada relación de los hipertensos con el medio asistencial, que permitan una atención continuada y la participación de diferentes profesionales sanitarios en la atención de estos pacientes, así como la obtención de un adecuado conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento. Se hace evidente la necesidad a nivel mundial de este tipo de intervenciones, ya que como se dijo anteriormente, una de las mejores estrategias es la educación de la comunidad. En el estudio realizado en el subcentro de salud rural Tayuza a medida que aumentaba el período de intervención, aquella noción de trascendencia ganaba más peso. De manera concreta la intervención educativa resultó significativa. Se pasó de un nivel de conocimientos adecuados del 45,8% a un 87,4%, $p= 0,000$ $RR= 1,91$. Dentro de lo que corresponde a prácticas aumentó de un 42,18% (pretest) hasta un 65,45 % posterior a la intervención educativa. $p= 0,000$ $RR= 1,51$.

Según el estudio “El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria” se ha demostrado cómo la intervención en educación para la salud sobre los hipertensos, mediante sesión grupal con refuerzo postal, aumenta el porcentaje de cumplidores en la HTA, perdurando este efecto a los 2 años de la intervención,



observando diferencias significativas tanto en el porcentaje de cumplidores como en el cumplimiento medio entre ambos grupos al final del estudio; aunque las diferencias observadas en el porcentaje de cumplimiento medio son significativas, probablemente no tienen relevancia clínica al ser de escasa magnitud (35). A diferencia de lo anteriormente expuesto, dentro de la comunidad de Tayuza se pudo objetivar que a pesar de existir casos confirmados HTA de larga data, en general el nivel de conocimientos y prácticas previos a la intervención era inadecuado, por lo que una intervención educativa estaba plenamente justificada, posterior a la cual los resultados fueron bastante alentadores, con cambios significativos sobre todo en cuanto a conocimientos, variables representativa tales como el conocimiento de cifras límite o de referencia en cuanto a HTA sufrieron una modificación sumamente llamativa, lo que refleja el impacto de esta intervención educativa.

Roter et al, tras un metaanálisis de 153 estudios que valoraban la efectividad de diferentes formas de intervención para mejorar el cumplimiento, observó que la HTA era una de las enfermedades que se beneficiaban especialmente de cualquiera de ellas (36). Esto se encuentra en concordancia con lo hecho, ya que como ha sido demostrada la intervención educativa en el subcentro rural Tayuza generó un impacto significativo en cuanto al nivel de conocimientos y prácticas dentro de los pobladores de la comunidad en cuestión.

El estudio “Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos” revela que al inicio el nivel de conocimientos de la población en estudio era regular en el 49,1% de los pacientes y mal en el 43,3 %, se lograron revertir estos resultados para el segundo corte, donde el 89.1% alcanzaron la calificación de bien en la evaluación cualitativa. Inicialmente fueron identificados errores conceptuales y desconocimiento en varios aspectos. Para el segundo corte todos estos aspectos fueron mejorados, más del 80% de los adultos mayores respondió correctamente (37). Esto se encuentra en total concordancia



con el estudio actual, que una vez más demuestra como la hipertensión arterial es una de las patologías que más se beneficia de una intervención educativa.

La HTA afecta a todas las personas y constituye hoy en día uno de los programas de atención por las complicaciones que trae la misma, sin embargo el conocimiento y la educación acerca de la HTA proporciona una vía certera para el conocimiento del tratamiento no farmacológico y farmacológico (38).

9. CONCLUSIONES

Como conclusiones generales en la comunidad de Tayuza el 60% de hipertensos son hombres, el 50% están casados, el 46% son amas de casa, seguido de un 30% pertenecientes al gremio de agricultores; el 78% se consideran mestizos; la media de peso se encuentra 67,8 kg Talla 1,55 IMC 27,91 TA sistólica 141,48 TAD 79,84 Circunferencia abdominal 95,49 cm.

En cuanto a conocimientos todas las variables presentan una diferencia estadísticamente significativa. De manera general el nivel de conocimientos pre intervención es inadecuado (54,2%), mientras tanto el nivel pos intervención es adecuado (87,4%).

De manera detallada, la variable explicación previa acerca de la HTA pre intervención es inadecuado (74%), pos intervención es adecuada (98%). la variable valor diagnóstico de la HTA pre intervención es adecuado (70%), pos intervención es adecuada (86%); la variable HTA enfermedad para toda la vida pre intervención es adecuado (66%), pos intervención es adecuada (92%); la variable daño de órganos diana pre intervención es adecuado (58%), pos intervención es adecuada (92%); la variable aumento de riesgo cardiovascular pre intervención es adecuado (56%), pos intervención es adecuada (92%); la variable dieta e HTA pre intervención es inadecuado (56%), pos intervención es adecuada (92%); la variable sal y reducción de la HTA pre intervención es adecuado (66%), pos intervención es adecuada (86%); la variable control solo con medicación pre intervención es inadecuado (68%), pos intervención es adecuada (76%); la variable se puede dejar la medicación pre intervención es inadecuado (66%), pos intervención es adecuada (76%); la variable manejo del estrés e HTA pre intervención es inadecuado (54%), pos intervención es adecuada (84%).

En cuanto a prácticas todas las variables presentan una diferencia estadísticamente significativa a excepción de realización de ejercicios físicos y

análisis del tratamiento en conjunto con el médico. De manera general el nivel de prácticas pre intervención es inadecuado (57,82%), mientras tanto el nivel pos intervención es adecuado (63,45%).

Las variables realiza ejercicio físico pre intervención nivel inadecuado (86%) y pos intervención también inadecuado (84%), análisis del tratamiento en conjunto con el médico pre intervención es adecuado (52%) y pos intervención adecuada (58%).

En relación con el resto de variables relacionadas con prácticas las conclusiones son las siguientes:

Horario para medicación pre intervención inadecuado (52%), pos intervención adecuado (86%); dosis adecuada de medicamentos pre intervención adecuado (56%) pos intervención adecuado (86%); cumple con la dieta pre intervención inadecuada (64%) pos intervención adecuada (58%); asiste a consulta programada pre intervención inadecuado (60%) pos intervención adecuado (66%); acomoda medicación a sus horarios pre intervención inadecuado (66%) pos intervención adecuado (64%); tratamiento conjunto con el médico pre intervención inadecuado (68%) pos intervención adecuado (60%); necesidad de supervisión familiar pre intervención adecuado (56%) pos intervención adecuada (78%); dificultad en tomar la medicación pre intervención adecuado (52%) pos intervención adecuado (84%); recordatorios para la medicación pre intervención inadecuado (60%) pos intervención adecuado (62%).

La intervención educativa resultó beneficiosa para la comunidad, existiendo una relación de protección de 1,91 para conocimientos; y de 1,55 para prácticas.



10. RECOMENDACIONES

Como utilidad práctica de los resultados obtenidos, resultaría necesario la incorporación a los protocolos de HTA, en los diferentes centros de salud, de estrategias en educación para la salud, que mejoren el cumplimiento terapéutico de sus pacientes hipertensos.

Las estrategias de educación podrían resultar rentables en el escenario de un manejo adecuado de las enfermedades prevalentes dentro del país, pudiendo llegar a constituirse en verdaderas herramientas generadoras de cambios significativos dentro de las poblaciones más vulnerables.

Estos resultados pueden aplicarse a una gran parte de los hipertensos atendidos en atención primaria, y nuestros pacientes y sistema sanitario podrían asumir el escaso coste de esta intervención, fundamentalmente si va dirigida a pacientes no cumplidores.

Aplicar este modelo de estudio a una escala mayor y a otro tipo de enfermedades con el fin de generar una base de datos fiel a nuestra realidad a partir de la cual pulir nuevos modelos estratégicos de intervención.

Como línea futura de investigación, se recomiendan estudios que analicen diferentes estrategias de intervención a largo plazo, en educación para la salud, con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico en la HTA.



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Judith Ortiz; Carlota Ortiz. "LAS INEQUIDADES DE GÉNERO EN LAS RELACIONES SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA COMUNIDAD SHUAR DE YUU DE LA PARROQUIA TAYUZA. PERIODO 2006-2010" [Trabajo final previo a la obtención del Título de: Licenciadas en Género y Desarrollo.]. Universidad de Cuenca; 2010.
2. Pablo Córdova Andrade; Kelly Cárdenas Amaya. Plan de ordenamiento territorial de la cabecera parroquial de Tayuza [tesis grado]. Universidad de Cuenca; 2013.
3. Subcentro de salud rural Tayuza [base de datos]. Parroquia Tayuza-Morona Santiago.
4. Centro de Noticias de ONU. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=23458#.UVBk4oY9pg0>. Investigado en mayo 2014.
5. Ronald G. Victor. Hipertensión arterial En: Lee Goldman; Dennis Ausiello. Cecil, Tratado de Medicina Interna. Vol.1. 23ª edición. Barcelona: Editorial Elsevier; 2009.p.430.
6. A. de la Sierra Iserte. Hipertensión arterial En: Farreras; Rozman. Medicina Interna. Volumen 1. 17ª edición. Barcelona: Editorial Elsevier; 2012.p.513.
7. Theodore A. Kotchen. Enfermedad vascular hipertensiva. En: Barnes PJ. Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol.2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 1549.
8. Bélgica Defaz H.; Oscar Aguirre M. Hipertensión arterial. Revista E-Análisis [Internet]. 2013 [10 de mayo 2014]; Volumen 1 (8): 8-10. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Camas y egresos hospitalarios [base de datos en Internet]. Quito, Ecuador: INEC; [actualizada 2012; acceso 13 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>.



10. Organización Mundial de la Salud. Definición de la hipertensión. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet]. 2013 [10 de mayo 2014]; (2): 17. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1.
11. Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Baglivo, Carlos Velázquez, Guillermo Burlando, Oswaldo Kohlmann et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol[Internet]. 2010 [13 de mayo 2014]. Vol.29. (1): 117-144. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071885602010000100012&script=sci_arttext.
12. Analida Elizabeth Pinilla Roa et al. Guía de atención de la hipertensión arterial. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública [Internet]. 2007 [11 de mayo 2014]. p. 166. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>.
13. Laura Báez, Margarita Blanco, Bohórquez Ricardo, et al. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista colombiana de Cardiología. 2007. Vol. 13, 721.
14. Rafael Tuesca; Pilar Guallar-Castillón; José Ramón Banegas-Banegas; Auxiliadora Graciani. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2006 [14 de mayo 2014]; Vol.80 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000300003&script=sci_arttext.
15. Débora Weschenfelder Magrini, Jussara Gue Martini. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería Global [Internet]. 2012 [14 de mayo 2014]; Vol.11 (2):Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/133641>
16. Organización Mundial de la Salud. Causas de la hipertensión. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet]. 2013 [10 de mayo 2014]; (2): 19. Disponible en:



http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1.

17. Causas de muerte 2008 [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf.

18. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; Vol.380 (9859):2224-60.

19. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory Data Repository [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Acceso 10 de mayo de 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main>.

20. Miriam Ayala, Velásquez Carlos, Burlando Guillermo, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. 2010. 29: 117-144.

21. Salud de Altura. Sociedad ecuatoriana de medicina familia. p. 1. Disponible en: <http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PROTOCOLOS/HTA.pdf>).

22. Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C.ushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7). [Internet]. 2003 [10 de mayo 2014]. P: 7 Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20094.pdf>.

23. Giuseppe Mancia; Robert Fagard, Krzysztof Narkiewicz; Josep Redon; Alberto Zanchetti; Michael Böhm ; Thierry Christiaens et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2013 [10 de mayo 2014]; 66(11): 880.e11-880.e12. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90249392&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf



24. Giuseppe Mancía; Robert Fagard, Krzysztof Narkiewicz; Josep Redon; Alberto Zanchetti; Michael Böhm ; Thierry Christiaens et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013 [10 de mayo 2014]; 66(11): 880.e12. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf

25. Frank M. Sacks, M.D., Laura P. Svetkey, M.D., William M. Vollmer, Ph.D., Lawrence J. Appel, M.D., George A. Bray, M.D., David Harsha, Ph.D., et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. N Engl J Med [Internet]. 2001 [11 de mayo 2014]. 344: 3-10. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200101043440101#t=article>

26. José Luis Górriz Terruel, R. Marín Iranzo; F. de Alvarado Moreno; A. Martínez Castela; J. F. Navarro González. Tratamiento de la hipertensión arterial en diabetes mellitus tipo 2. NefroPlus [Internet]. 2008 [11 de mayo 2014]; Volumen 1 (1):18-19. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P3-E41/P3-E41-S1763-A10137.pdf>.

27. Rafael Molina; Juan Carlos Martí. Grupos de HTA de semFYC y SAMFyC. JNC- 7º Informe. [Internet]. 2003 [10 de mayo 2014]. P: 9-10 Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>.

28. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT-LLT). JAMA [Internet]. 2002 [11 de mayo 2014]. 288(23):2998-3007. Disponible en:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195627>. 29. L. M. H. Wing, C. M. Reid, P. Ryan, L. J. Beilin, M. A. Brown, G.L. R. Jennings et al. Second Australian National Blood Pressure Study (ANBP2). Australian Comparative Outcome Trial of ACE inhibitor- and diuretic-based treatment of hypertension in the



elderly. Management Committee on behalf of the High Blood Pressure Research Council of

Australia. Clin Exp Hypertens [Internet]. 1997 [11 de mayo 2014]. Vol. 19, No. 5-6, Pages 779-791. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10641969709083186>.

30. Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C.ushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7). [Internet]. 2003 [10 de mayo 2014]. P: 9-11 Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20094.pdf>.

31. Valhondo D., GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MITO A LA REALIDAD 1ra Edición, Ediciones Días De Santos, Madrid España, 2010, pag. 50-51.

32. El Diccionario de la © Real Academia Española (DRAE) A. Edición actual 22ª, publicada en 2001.

33. Estrada Reventos D, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. Hipertens Riesgo Vasc. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2013.05.00> .

34. Libertad Martín Alfonso; Héctor D. Bayarre Veá; Jorge A. Grau Ábalo. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [13 de mayo 2014]. Volumen 34 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012.

35. E Márquez Contreras a, JJ Casado Martínez a, B Celotti Gómez a, J Gascón Vivó a, JL Martín de Pablosa, R Gil Rodríguez a, V López Molina a, R Domínguez a. El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria. Vol. 26. Núm. 01. 15 Junio 2000. Centro de Salud La Orden. Huelva. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-cumplimiento-terapeutico-hipertension-arterial--11344>



36. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-1161. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9708588>.

37. Yarmein Rodríguez García, Juan Ariel Oliva Díaz, Arletty Gil Hernández, Rodolfo Hernández Riera. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 12, núm. 4, julio-agosto, 2008. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116121009>.

38. Lehr V, Seiler E, Thomas H. Aging in a cross. *Cultural Perspective: International perspective on human development*. 2000. p. 571-89.

12. ANEXOS

ANEXO 1



Croquis del Centro de Salud Rural Tayuza

ANEXO 2

PROYECCION DE POBLACION POR UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA N° 5 AÑO 2014

SEXO	AREA	UNIDAD	TOTAL POBLACION 2014	< 1 Año	1 a 4 Años	5 a 9 Años	10 a 14 Años	15 a 19 Años	20 a 64 Años	65 Años y más	Embarazadas	MEF 10 a 45 años	MEF 15 a 45 años	DOC MAMARIO (25 a 64 años)	DOC CERVICOUTERINO (35 a 64)
HOMBRE	5	HB QUITO	3.857	57	229	280	251	211	851	87	71				
MUJER	5	HB QUITO		55	220	269	241	204	819	83	69	1.062	820	652	395
HOMBRE	5	COPAL	533	8	32	39	35	29	118	12	10				
MUJER	5	COPAL		8	30	37	33	28	113	12	9	147	113	90	55
HOMBRE	5	PATUCA	1.814	27	108	131	118	99	400	41	33				
MUJER	5	PATUCA		26	104	127	113	96	385	39	32	499	386	306	186
HOMBRE	5	ACHO	686	10	41	50	45	38	151	15	13				
MUJER	5	ACHO		10	39	48	43	36	146	15	12	189	146	116	70
HOMBRE	5	TAYUZA	1.676	25	99	122	109	92	370	38	31				
MUJER	5	TAYUZA		24	96	117	105	88	356	36	30	461	357	283	172
HOMBRE	5	CHINIMBIMI	1.198	18	71	87	78	66	264	27	22				
MUJER	5	CHINIMBIMI		17	68	84	75	63	254	26	21	330	255	202	123
HOMBRE	5	SANTIAGO	5.819	86	345	422	378	319	1.284	131	107				
MUJER	5	SANTIAGO		83	332	406	364	307	1.236	126	103	1.602	1.238	983	597
HOMBRE	5	MORONA	2.382	35	141	173	155	131	526	53	44				
MUJER	5	MORONA		34	136	166	149	126	506	51	42	656	507	403	244
HOMBRE	5	PIANKAS	554	8	33	40	36	30	122	12	10				
MUJER	5	PIANKAS		8	32	39	35	29	118	12	10	152	118	94	57
HOMBRE	5	KASHPAIM	1.032	15	61	75	67	57	228	23	19				
MUJER	5	KASHPAIM		15	59	72	65	54	219	22	18	284	220	174	106
TOTAL			19.550	567	2.277	2.782	2.493	2.104	8.468	861	708	5.381	4.159	3.304	2.004



ANEXO 3
UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TAYUZA-MORONA SANTIAGO. CUENCA-ECUADOR 2014”

Estimado señor (a)

El presente cuestionario tiene como objetivo contribuir a determinar los conocimientos en hipertensión arterial que a Ud. posee, por lo que su colaboración es de gran ayuda para el resultado de este trabajo.

DATOS GENERALES:

Edad _____

Sexo: F ____ M ____

Ocupación: Agricultor () Obreros () Ama de casa () Chofer () Profesional ()
desempleado () Otros: _____

Estado Civil: _____

Etnia: Mestizo () Afroecuatoriano () Blanco () Indígena ()

Peso _____ **Talla** _____ **IMC** _____

P.A. _____

Circunferencia abdominal _____

CONOCIMIENTOS:

1. ¿Le han explicado qué es la hipertensión?

Sí () No () No recuerdo ()



2. ¿Cuántos años ~ hace que Ud. es hipertenso/a?

0-5 () 6-10 () Más de 10 ()

3. ¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa?

140/90 () 160/95 () 130/85 ()

4. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?

Sí () No () No lo sé ()

5. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a diferentes órganos (ojos, corazón, cerebro, riñones)?

Sí () No () No lo sé ()

6. Un/a hipertenso/a fumador/a, con obesidad y/o colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?

Sí () No () No lo sé ()

7. Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?

Sí () No () No lo sé ()

8. ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?

Sí () No () No lo sé ()

9. ¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?

Sí () No () No lo sé ()

10. ¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?

Sí () No () No lo sé ()



11. ¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?

Sí () No () No lo sé ()

PRÁCTICAS: (Cuestionario Martin Bayarre Grau)

12. Toma los medicamentos en el horario establecido

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

13. Se toma todas las dosis indicadas.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

14. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

15. Asiste a las consultas de seguimiento programadas.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

16. Realiza los ejercicios físicos indicados.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

17. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

18. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

19. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()



20. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

21. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

22. Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento.

Nunca () Casi nunca () A veces () Casi siempre () Siempre ()

- Tomado de: Estrada Reventos D, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. Hipertens Riesgo Vasc. 2013. (33). Modificado por el autor.
- Tomado de: cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. (34). Modificado por el autor.



ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
PERSONAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TAYUZA-MORONA
SANTIAGO. CUENCA-ECUADOR 2014”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº: _____

Fecha de obtención: ____/____/____

INSTRUCCIONES: Deberá leer con anticipación, luego será firmado antes del desarrollo de las actividades contempladas en el proyecto de investigación.

Yo, Diego Mateo Vanegas Bravo estudiante de décimo ciclo de la escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, previo a la obtención de Título de Médico me encuentro elaborando un proyecto de investigación que lleva como título **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TAYUZA-MORONA SANTIAGO. CUENCA-ECUADOR 2014”**.

El estudio consiste en realizar una investigación sobre la valoración del grado de conocimientos y prácticas en hipertensión a las personas que pertenecen al club de hipertensos de la parroquia Tayuza del Cantón Santiago de Méndez de la Provincia de Morona Santiago.



Se realizará la entrega de un cuestionario que será llenado por los pacientes, luego se dará inicio a una intervención de tipo educativo por parte del autor del estudio, posteriormente a esto se volverá aplicar el mismo cuestionario que medirá el grado de conocimiento que los pacientes adquirieron acerca de esta patología.

En ningún momento de la investigación hay un riesgo a su salud por los procedimientos efectuados, usted nos ayudaría a mejorar el manejo de su enfermedad. Una vez terminada la investigación se expondrán los resultados de la misma, de forma que usted y el resto de pacientes que participarán estarán al tanto del nivel de conocimientos y prácticas sobre la hipertensión, de tal forma que podrán identificar sus falencias sobre el tema y así buscar más información para tener un mayor cuidado de su salud. La participación de cada una de las personas que intervengan es voluntaria, por lo que tienen el derecho de decidir su colaboración o no en el estudio. Por favor, tómese su tiempo para leer el presente escrito y pida al autor explicaciones sobre cualquier duda. La información proporcionada será confidencial, y va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado, en caso de que usted desee retirarse de la investigación tiene toda la libertad de hacerlo. Cualquier inquietud por favor comunicarse al siguiente número: 0995112361. Anticipo mi sincero agradecimiento a su participación.

Yo, Sr(a) _____ ac
epto brindar la información necesaria y asistir a las charlas impartidas por el autor para la realización del proyecto de investigación **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TAYUZA-MORONA SANTIAGO. CUENCA-ECUADOR 2014”**

Firma

ANEXO 5
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Está referida al tiempo de existencia de una persona, desde su nacimiento, hasta la actualidad.	Nº de años	< 10 10 – 19 20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 > 69
Etnia	Comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí.	Percepción subjetiva y cultural de identidad.	Mestizo Afroecuatoriano Blanco Indígena
Sexo	Situación orgánica que distingue al macho de la hembra de cada especie	Condición de ser hombre o mujer	Masculino Femenino



Instrucción	Nivel de preparación educativa recibida por la mujer hasta el momento.	Certificado de último año de asistencia escolar.	No ha ingresado a la escuela. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Tercer nivel incompleto. Tercer nivel completo. Cuarto nivel.
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un periodo de tiempo.	Actividad realizada	Agricultor Obrero Ama de casa Chofer Profesional desempleado Otros
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Cédula de identidad	Soltero Unión libre Casado Divorciado Vludo
Índice de Masa Corporal (IMC)	Indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para	kg/m ²	17.00 - 18.49 (Delgadez aceptable) 18.50 - 24.99 (Peso normal)



	identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.		25.00 - 29.99 (Sobrepeso) 30.00 - 34.99 (Obesidad Tipo I) 35.00 - 40.00 (Obesidad Tipo II) >40.00 (Obesidad Tipo III)
Circunferencia abdominal	Es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo.	cm	< 88 cm (Normal, mujeres) < 102 cm (Normal, hombres)
Generalidades Hipertensión arterial (HTA)	La hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión arterial por encima de los valores establecidos como normales por consenso. Se ha fijado en 140 mm Hg para la sistólica o máxima y 90 mm Hg para la diastólica o mínima.	Cuestionario. Pregunta 1	Si No No recuerdo
		Cuestionario. Pregunta 2	0-5 6-10 >10
		Cuestionario. Pregunta 3	140/90 160/95 130/85
		Cuestionario. Pregunta 4	Si No No lo sé
Riesgos de la HTA	Combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.	Cuestionario. Pregunta 5	Si No No lo sé
		Cuestionario. Pregunta 6	Si No



			No lo sé
Estilos de Vida	Comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes	Cuestionario. Pregunta 7	Si No No lo sé
		Cuestionario. Pregunta 8	Si No No lo sé
		Cuestionario. Pregunta 11	Si No No lo sé
		Cuestionario. Pregunta 14	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
		Cuestionario. Pregunta 16	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
		Cuestionario. Pregunta 17	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
Seguimiento	Observación minuciosa de la evolución y el desarrollo de un proceso.	Cuestionario. Pregunta 15	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre



Medicación	Administración metódica de medicamentos con fin terapéutico.	Cuestionario. Pregunta 9	Si No No lo sé
		Cuestionario. Pregunta 10	Si No No lo sé
		Cuestionario. Pregunta 12	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
		Cuestionario. Pregunta 13	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
		Cuestionario. Pregunta 18	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
		Cuestionario. Pregunta 19	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
		Cuestionario. Pregunta 20	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre



			Siempre
		Cuestionario. Pregunta 21	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
		Cuestionario. Pregunta 22	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

ANEXO 6



Con el Medico de la Comunidad Pablo Vanegas durante la charla educativa



Entrega de consentimiento informado a paciente del Club de Hipertensos de Tayuza



Respondiendo las inquietudes de la comunidad durante la intervención educativa.



Personal del SCS Tayuza colaborando en la recolección de datos (midiendo la circunferencia abdominal).



Durante la recolección de datos.



Durante la recolección de datos, compartiendo con la comunidad.