



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**DETERMINANTES DE RIESGO Y PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FAMILIAS DE LOS
PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS DEL
CENTRO DE SALUD N°3 DEL DISTRITO 06D1
CHAMBO – RIOBAMBA JUNIO A NOVIEMBRE 2014**

AUTORA:

YAMBAY YAMBAY NANCY ISABEL

TUTORA:

LIC.: SUSANA PADILLA MsC.

RIOBAMBA- ECUADOR

2015

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL


Certificamos que la Srta. Nancy Isabel Yambay Yambay con C.I. 180415496- 9 Egresada de la Universidad Nacional de Chimborazo de la carrera Enfermería, desarrolló el presente trabajo de investigación : **DETERMINANTES DE RIESGO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD N°3 DEL DISTRITO 06D1 CHAMBO – RIOBAMBA JUNIO A NOVIEMBRE 2014**". Por lo tanto se encuentra apta para realizar la defensa pública de su tesina.

Se autoriza a la interesada a hacer uso de la presente para trámites pertinentes.



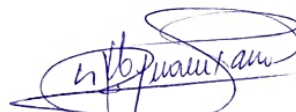
MsC. CAROLA LEON

Presidenta del Tribunal



MsC. SUSANA PADILLA

Tutora del Trabajo de Investigación

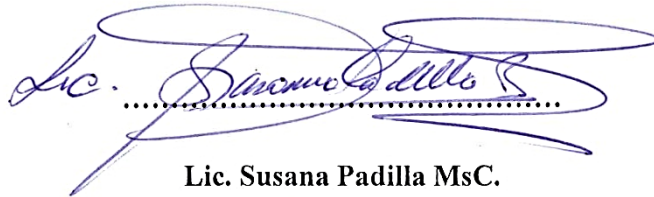


LIC. MIRIAM PARRA

Miembro del Tribunal

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por la Srta. Nancy Isabel Yambay Yambay, para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.



Lic. Susana Padilla MsC.

DERECHO DE AUTORÍA

Yo: **Nancy Isabel Yambay Yambay** soy responsable de todo el contenido de este Trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Firma: *Nancy Isabel Yambay*

Nombre: *Nancy Isabel Yambay Yambay*

C.I. *180415496-9*

DEDICATORIA

Le dedico a mi Padre que desde el Cielo me guía y bendice, a mi madre Betty y abuelita a mis queridos Hermanos: Mercedes y Ricardo, a todos por su apoyo incondicional ya que han sido el pilar fundamental para llegar a culminar mi profesión.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sus Bendiciones, a mi Padre que desde el Cielo me guía, a mi madre Betty y abuelita a mis queridos Hermanos: Mercedes y Ricardo, a todos por su apoyo incondicional ya que han sido el pilar fundamental para llegar a culminar mi profesión.

Agradezco a mi Tutora **MsC. Susana Padilla** quién me ha brindado todo su apoyo para la culminación del trabajo investigativo, y a todas las familias de los pacientes del club de hipertensos por su desinteresada colaboración con mi trabajo investigativo.

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado Determinantes de Riesgo y perfil Epidemiológico de las familias de los pacientes del club de Hipertensos del Centro de Salud N°3 del distrito 06D1 Chambo –Riobamba, Junio-Noviembre2014, se realizó con el objetivo de establecer cuáles son los determinantes de riesgo y perfil epidemiológico de las familias de los pacientes del Club de Hipertensos. La hipótesis planteada fue la prevalencia de determinantes de riesgo que influyen en el perfil epidemiológico de las familias de los pacientes hipertensos atendidos en el Club del Centro de Salud N°3. Fue una investigación descriptiva, cuantitativa y cualitativa, se empleó el método inductivo-deductivo, se aplicó como técnica la observación y la entrevista, a la población de 30 familias. Resultados: en los miembros de familia los determinantes de Riesgo Social: el 43 % de personas se dedican a los quehaceres domésticos, el 44% tiene instrucción educativa básica; entre las determinantes Biológicas: el 46% están en la edad de 40- 64 años, el sobrepeso fue del 43%; entre las Conductuales o Estilo de Vida; el 57% no realiza actividad física, el 51% consume poca cantidad de sal extra en las comidas servidas en la mesa del hogar; el consumo de tabaco fue del 38% y de alcohol el 48%. El Estrés en las familias fue del 86%, el 32% no realiza ningún tipo de actividad para controlar el estrés; dentro del factor Asistencia Sanitaria: El 80% de los hogares no ha recibido la visita del personal del CSN°3 para el control de la presión arterial. Se identificó el perfil epidemiológico de los casos nuevos de hipertensión: el 24% son hombres y 76% son mujeres, se identificó que la pre hipertensión es mayor en los hombres 50% que en las mujeres con el 47%, se determinó que la tasa de morbilidad por hipertensión en las familias fue de 73%, y la tasa de mortalidad por hipertensión en los últimos 10 años fue del 28.3%. Con lo que se acepta la hipótesis porque los determinantes de riesgo influyeron en el perfil epidemiológico de las familias. Conclusiones: Los determinantes de riesgo social, biológico conductual (estilo de vida), factor ambiental: estrés y asistencia sanitaria, son factores que continúan influyendo para el desarrollo de la hipertensión arterial y afectan a la salud de los miembros de la familia de los pacientes del club.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research study “The Risk Determinants and epidemiological profile of patients' families of the Hypertensive Club of the Health Center of Third District No. 3 06D1 Chambo-June-November 2014 Riobamba”, was performed with the objective to establish the risk determinants and epidemiological profile of patients' families of the Hypertensive Club. The hypothesis presented was the prevalence of risk determinants influencing in the epidemiological profile of the hypertensive patients' families treated at the Club of the Health Center No. 3. This research was a descriptive, quantitative and qualitative one, where the inductive-deductive method was used. The techniques applied were the observation and the interview to the population of 30 families. Results: In family' members, the social determinants of risk: 43% of people are involved with housework, 44% of them have basic educational instruction; the biological determinants: 46% of them are in the age between 40-64 years old, the overweight was 43% of them; the behavioral or lifestyle determinants: 57% of them do not practice any physical activity, 51% of them consume a little of extra salt in the meals served at home; tobacco use was 38%, and alcohol use was 48%. Stress cases in families were 86%, 32% of them do not perform any type of activity to manage stress. In relation to the Sanitary Assistance: 80% of families have not been visited by personal of CSN^o3 to control their blood pressure. The epidemiological profile of new cases of hypertension was identified: 24% of them are men and 76% of them are women, the pre-hypertension is higher in men 50% than in women with 47%, the rate of morbidity due to hypertension in families was determined as 73% of them, and the mortality degree due to hypertension in the last 10 years was 28.3% of them. Thus, the hypothesis is accepted due to the determinants of risk influenced in the epidemiological profile of families. Conclusions: The determinants of social risk, biological behavior (lifestyle), environmental factor: stress and sanitary assistance, are factors that influence in the growth of arterial hypertension, affecting to the family members' health of the patients club.

Translation of abstract corrected by Mgs. Narcisa Fuertes
Teacher of English at Language Center, Health and Sciences Faculty
August, 11th. 2015



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	ii
ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	iii
DERECHO DE AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE CONTENIDOS	ix
ÍNDICE DE CUADROS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. PROBLEMATIZACIÓN	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	8
2 MARCO TEÓRICO	8
2.1. Posicionamiento Teórico Personal.....	8
2.2. Antecedente de Investigaciones Anteriores.....	8
2.3 MARCO CONCEPTUAL	11
2.3.1 LA SALUD:	11
2.3.2 LA ENFERMEDAD:.....	11
2.3.3 DETERMINANTES DE LA SALUD	12
2.3.3.1 Definición	12
2.3.3.1.1 Recuento Histórico de las Determinantes de Riesgo	12
2.3.3.1.2 Clasificación de las Determinantes de Riesgo.....	15
2.3.3.1.3 Determinantes Sociales	15
2.3.3.1.4 Medio Ambiente	15
2.3.3.1.5 Biología Humana	16

2.3.3.1.6	Estilo De Vida.....	17
2.3.3.1.7	Sistema Sanitario	17
2.3.	3.2 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	18
2.3.3.2.1	Clasificación de la Hipertensión Arterial	19
2.3.3.2.2	Fisiopatología	19
2.3.3.2.3	Tipos de Hipertensión Arterial	21
2.3.3.2.4.	Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial	23
2.3.3.2.5.	Factores Modificables.....	24
2.3.3.2.6.	Manifestaciones Clínicas	28
2.3.3.2.7.	Complicaciones.....	29
2.3.3.2.8.	Diagnóstico de la hipertensión arterial	30
2.3.3.2.9.	Tratamiento de la Hipertensión Arterial	33
2.3.3.2.10.	Tratamiento No Farmacológico de la Hipertensión Arterial:	34
2.3.3.2.11.	Tratamiento Farmacológico.....	36
2.4.	DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS:	38
2.5.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	40
2.5.1	HIPÓTESIS.....	40
2.5.2.	VARIABLES	40
2.6.	OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
CAPÍTULO III.....		47
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	47
3.1.	MÉTODO:	47
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	48
3.2.1.	POBLACIÓN	48
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
3.4.	TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
CAPITULO IV		50
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
4.1.	COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:	87
CAPÍTULO V.....		88
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
5.1.	CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFIA		91
REFERENCIAS ELECTRONICAS.....		91
ANEXOS		96

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Factores que influyen en la enfermedad	14
Cuadro 2: Clasificación de la presión arterial para adultos.....	19
Cuadro 3: Modificaciones en el Estilo de Vida en el Manejo del Hipertenso	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Ocupación de los miembros de familia	50
Tabla 2: Nivel de instrucción educativa de los miembros de familia.....	51
Tabla 3: Estado civil de los miembros de familia.....	52
Tabla 4: Genero de los miembros de familia.....	53
Tabla 5: Grupos de edad de los miembros de familia	54
Tabla 6: Valoración de la presión arterial en los miembros de las familias	55
Tabla 7: Índice de masa corporal (IMC) de los miembros de familia	56
Tabla 8: Consumo de tabaco en los miembros de familias	57
Tabla 9: Consumo de alcohol en los miembros de familia.....	58
Tabla 10: Actividad física en los miembros de familia	60
Tabla 11: Frecuencia del horario en las comidas en los miembros de familia	62
Tabla 12: Consumo de comida fuera de casa en los miembros de familias	63
Tabla 13: Consumo de sal extra en las comidas de los miembros de familia	64
Tabla 14: Consumo de productos con alto contenido de azúcar en los miembros de familias.....	65
Tabla 15: Consumo de comida rápida (chatarra) en los miembros de familias.....	66
Tabla 16: Frecuencia semanal de consumo de alimentos de las familias	67
Tabla 17: Situaciones de estrés en los miembros de familia	69
Tabla 18: Tiempo que persiste la situación de estrés en los miembros de las familias	70
Tabla 19: Actividades recreativas para controlar las situaciones de estrés en los miembros de las familias	71
Tabla 20: Horas de sueño en los miembros de familia.....	72

Tabla 21: Horas de trabajo a la semana en los miembros de familia	73
Tabla 22: Visita del personal del centro de salud para el control de la presión arterial en los hogares de las familias	74
Tabla 23: Le gustaría recibir información de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial	75
Tabla 24: Antecedentes Familiares de los casos nuevos de hipertensión arterial ...	76
Tabla 25: Frecuencia control de la presión arterial	78
Tabla 26: Índice de masa corporal (IMC) de los casos nuevos de hipertensión arterial	79
Tabla 27: Consumo de tabaco de los casos nuevos de hipertensión arterial	80
Tabla 28: Consumo de alcohol de los casos nuevos de hipertensión arterial	81
Tabla 29: Actividad física de los casos nuevos de hipertensión arterial	82
Tabla 30: Consumo de sal extra en las comidas de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación.....	83
Tabla 31: Consumo de comidas rápidas (chatarra) de los casos nuevos de hipertensión arterial	84
Tabla 32: Estrés en los casos nuevos de hipertensión arterial	85
Tabla 33: Horas de sueño en los casos nuevos de hipertensión arterial	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ocupación de los miembros de familia	50
Gráfico 2: Nivel de instrucción educativa de los miembros de familia.....	51
Gráfico 3: Estado civil de los miembros de familia	52
Gráfico 4: Genero de los miembros de familia.....	53
Gráfico 5: Grupos de edad de los miembros de familia	54
Gráfico 6: Valoración de la presión arterial en los miembros de las familias	55
Gráfico 7: Índice de masa corporal (IMC) de los miembros de familia.....	56
Gráfico 8: Consumo de tabaco en los miembros de familias	57
Gráfico 9: Consumo de alcohol en los miembros de familia.....	58
Gráfico 10: Actividad física en los miembros de familia	60

Gráfico 11: Frecuencia del horario en las comidas en los miembros de familia....	62
Gráfico 12: Consumo de comida fuera de casa en los miembros de familias	63
Gráfico 13: Consumo de sal extra en las comidas de los miembros de familia	64
Gráfico 14: Consumo de productos con alto contenido de azúcar en los miembros de familias.....	65
Gráfico 15: Consumo de comida rápida (chatarra) en los miembros de familias...	66
Gráfico 16: Frecuencia semanal de consumo de alimentos de las familias.....	67
Gráfico 17: Situaciones de estrés en los miembros de familia	69
Gráfico 18: Tiempo que persiste la situación de estrés en los miembros de las familias	70
Gráfico 19: Actividades recreativas para controlar las situaciones de estrés en los miembros de las familias	71
Gráfico 20: Horas de sueño en los miembros de familia.....	72
Gráfico 21: Horas de trabajo a la semana en los miembros de familia	73
Gráfico 22: Visita del personal del centro de salud para el control de la presión arterial en los hogares de las familias	74
Gráfico 23: Le gustaría recibir información de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial	75
Gráfico 24: Antecedentes Familiares de los casos nuevos de hipertensión arterial	76
Gráfico 25: Frecuencia control de la presión arterial	78
Gráfico 26: Índice de masa corporal (IMC) de los casos nuevos de hipertensión arterial	79
Gráfico 27: Consumo de tabaco de los casos nuevos de hipertensión arterial	80
Gráfico 28: Consumo de alcohol de los casos nuevos de hipertensión arterial.....	81
Gráfico 29: Actividad física de los casos nuevos de hipertensión arterial	82
Gráfico 30: Consumo de sal extra en las comidas de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación.....	83
Gráfico 31: Consumo de comidas rápidas (chatarra) de los casos nuevos de hipertensión arterial	84
Gráfico 32: Estrés en los casos nuevos de hipertensión arterial.....	85
Gráfico 33: Horas de sueño en los casos nuevos de hipertensión arterial	86

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende identificar cuáles son los determinantes de riesgo y perfil epidemiológico de las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del Centro de Salud N°3, el mismo que es de gran importancia debido a que la hipertensión ha sido señalada como la “Asesina Silenciosa” o como la “Epidemia del siglo XXI”, transformándose en un problema de salud pública prioritario, pero que interesa a toda la sociedad, por ser producto de las condiciones socioculturales en las que se desenvuelven las personas. La investigación se estructuró en cinco capítulos:

Capítulo I.- En el marco referencial se establece el planteamiento del problema, la formulación del problema, se establecieron los objetivos, tanto generales como los específicos, por último la justificación en donde se identifica la importancia, relevancia, beneficiarios, factibilidad y la propuesta que se propone como alternativa de solución.

Capítulo II.- Corresponde al marco teórico donde se sustenta teóricamente los conocimientos en función de las dos variables de investigación, se hace referencia el posicionamiento teórico personal, se establece la hipótesis de investigación, se identifican las variables, llegando así a la operacionalización de las mismas.

Capítulo III.- se explica el procedimiento metodológico de la investigación, el tipo de estudio, población y muestra, los instrumentos usados para la recolección de datos, y la manera como se analizó estadísticamente.

Capítulo IV.- Se encuentran el análisis y discusión de los resultados utilizando tablas y gráficos correspondientes.

Capítulo V.- Explica las conclusiones y recomendaciones a las que se han llegado con la investigación. Además se presenta las referencias bibliográficas, anexos y la propuesta una Guía de promoción de la salud y prevención de la Hipertensión con enfoque familiar.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión arterial (HTA) es considerado una enfermedad y un factor de riesgo, especialmente para las enfermedades cardiovasculares, y es uno de los más graves problemas de salud pública. Estudios epidemiológicos de la Hipertensión Arterial han concluido que las principales factores de esta enfermedad son la edad, raza / etnia, el género, el sobrepeso o la obesidad y los hábitos de vida poco saludables, como la falta de actividad física, el tabaquismo y consumo excesivo de sal, también considera que otros factores de riesgo están asociados con la presión arterial alta, como la predisposición genética y el estrés. (OMS, 2012)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25% de la población mundial sufre de esta enfermedad y se ha estimado que esta cifra habrá aumentara en un 60% en 2025, alcanzando una prevalencia del 40%, la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente 9 millones de personas. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años. Durante el año 2010 la prevalencia de la Hipertensión Arterial en Europa fue de 45%; los factores de riesgo fueron: Obesidad (34%), tabaquismo (25%), sedentarismo (12%), antecedente familiar de HTA (9%), edad mayor de 50 años en hombres (34%) y edad mayor de 65 años en mujeres (39%). (OMS, 2012)

En América Latina la prevalencia de hipertensión es variable pero la mayoría se encuentra entre el 20 y 30% para la población adulta; esta prevalencia se incrementa con la edad, la mortalidad relacionada con la hipertensión arterial se ubica entre las 10 primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. Las dietas pocos saludables y con exceso de calorías, el escaso ejercicio y los estilos de vida sedentarios

han provocado que Latinoamérica sea cada vez más obesa la tendencia, para el 2030 el número de obesos latinoamericanos llegará al 30% de la población. Uno de los países más afectados es México el 32,8% Estados Unidos, Chile y Argentina con 29.1% y 29.4 % de población obesa respectivamente lo que conlleva una mortalidad cardiovascular que representa entre el 11.6 y el 43.5%. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud asegura que del 30% al 60% de la población adulta de América Latina no logra realizar el mínimo de actividad física recomendado. Además el consumo del alcohol y cigarrillo son una causa directa de daños a la salud que se pueden evitar. (Guías Latinoamericanas de HTA, 2010)

En Ecuador Según el INEC, en el año 2011 las muertes por enfermedades hipertensivas ocupó el segundo lugar, con una tasa de 28,70 por cada cien mil personas. Según La Encuesta Nacional de Salud, para el año 2012 la prevalencia de la hipertensión arterial para la población de 18 a 59 años fue del 9.3%. (ENSANUT, 2011-2013). En Chimborazo, los casos de hipertensión registrados fueron de 3.912 casos, el porcentaje de mujeres es de 1.033.02 casos y de: 553.78 casos por cada 100 mil habitantes (INEC, 2013)

Esto se debe principalmente a que han ocurrido cambios en la forma de alimentarse desde el hogar y en la práctica regular de actividad física, pasando de una dieta en la que los principales componentes eran los cereales integrales, las verduras y las frutas, a una con un contenido alto de grasa saturada, azúcares, sodio, alimentos refinados y bajos en fibra a la que se ha denominado dieta occidental. Con todos estos antecedentes dietarios como en los de actividad física y hábitos, son determinantes para el desarrollo de problemas como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial. La familia como grupo social, es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, para fomentar en la familia la idea de autorresponsabilidad en la salud con acciones promocionales y preventivas, es necesario tener en cuenta el modo de vida de cada uno de sus miembros y por tanto sus condiciones y su estilo de vida. De esta manera la familia influye fuertemente en la presencia y control de las enfermedades.

En el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Riobamba en el año 2013 se identificaron un total de 364 casos de usuarios que padecen de hipertensión, el género femenino son 250 casos y el género masculino un total de 114 casos. Al club de hipertensos asiste un total de 30 pacientes, que están en grupos de edad de 30-49 hasta 50-60 años (Estadísticas, 2013). Pero se desconoce las determinantes de riesgo que afecta a los miembros de las familias de los pacientes del club de hipertensos, los cuales pueden ser factores: biológicos, sociales, conductuales(estilo de vida),ambientales y asistencia sanitaria, esto puede provocar el riesgo de padecer diversas patologías, conllevando a enfermedades cardiovasculares como la hipertensión poniendo en riesgo la salud de los miembros de las familias en el perfil sanitario como consecuencia habrá una alta incidencia de morbimortalidad en las futuras generaciones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El Perfil Epidemiológico de las familias de los pacientes del club de hipertensos del Centro de Salud N°3 del Distrito 06D1 Chambo-Riobamba Junio – Noviembre 2014 tiene relación con la prevalencia de Determinantes de Riesgo?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Establecer cuáles son los determinantes de riesgo y Perfil epidemiológico de las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del Centro de Salud N°3 del Distrito 06D1 Chambo-Riobamba Junio – Noviembre 2014

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los determinantes de riesgo: sociales, biológicos, ambientales, conductuales (estilo de vida), sistema sanitario, en los miembros de las familias de los pacientes del Club de hipertensos.
- Identificar el Perfil epidemiológico en los miembros de las familias de los pacientes del club de hipertensos.
- Diseñar una guía de promoción de la salud y prevención de la Hipertensión con enfoque familiar.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial, siendo una enfermedad silenciosa causa de muerte de la población a nivel mundial, sugiere a la Salud Pública un enfoque de tratamiento multidisciplinario, en donde, se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida saludables como la base de la recuperación de la salud.

El tema elegido para la investigación tiene una gran importancia tomando en cuenta que en nuestro país, se ha impulsado El Plan Nacional del Buen Vivir de las personas como eje central de la salud, debido a que se ha presentado tasas elevadas de Hipertensión Arterial en el país es importante: “Promover prácticas de vida saludable en la población, fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.” (MAIS 2012)

Esta investigación pretende establecer los determinantes de riesgo: sociales, biológicos, sistema sanitario, conductuales y ambientales, en los miembros de las familias de los pacientes del club de hipertensos, ya que es de vital importancia que las familias hagan conciencia e identifique los factores predisponentes al desarrollo de la hipertensión arterial ,además, conocer cómo esta situación de riesgo puede afectar a cada individuo y a la sociedad, no solamente en el aspecto físico de salud sino también en lo económico y social. Creando hábitos saludables que refuercen su salud, además permitirá identificar el perfil epidemiológico la situación de mortalidad y morbilidad, por lo que los beneficiarios serán los miembros de las familias de los pacientes hipertensos atendidos en el club, el centro de Salud N°3 a través de su equipo de salud en acciones de prevención y promoción dirigidas a renovar la condición de salud de las familias de los pacientes hipertensos, la Carrera de enfermería a través de sus estudiantes para que desarrollen promoción y prevención de la hipertensión .

Las implicaciones prácticas de esta investigación se exteriorizarán en la aplicación de medidas de promoción y prevención de la Hipertensión con enfoque familiar con la finalidad de mejorar sus estilos de vida y disminuir la morbimortalidad. El valor teórico servirá de base para futuros estudios ampliatorios como contribución

documental. La utilidad metodológica se convierte en ayuda seguida en esta investigación como soporte para comparar resultados de otras investigaciones.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1. Posicionamiento Teórico Personal

Este trabajo pertenece a la teoría de enfermería de *Moyra Allen*, este modelo está orientado hacia la promoción de salud de la familia, postula que la salud de una nación es el recurso máspreciado y que los individuos, familias y comunidades aspiran a una mejor salud y están motivados para lograrla. También sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia. El primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje.

El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad. La familia es activa y tiende a resolver sus problemas, aprende de sus propias experiencias. (Enfermería Familiar y Social, 2011)

2.2. Antecedente de Investigaciones Anteriores.

Con respecto a investigaciones similares al tema planteado se identificó estudios que se mencionan a continuación:

“Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores de riesgo en población adulta afro ecuatoriana de la comunidad la Loma, Cantón Mira, provincia del Carchi 2011”

Autora: Nelly Aguas

Conclusiones:

Se consideró hipertensas aquellas personas con una tensión arterial superior a 120/80; se utilizó estadística descriptiva mediante una base de datos. Obteniendo como resultado, la prevalencia de hipertensión arterial alcanza el 32%, el 55% fueron de género femenino y 45% masculino; el 99% fue población afro ecuatoriana. Se encontró un 28% de adultos >65 años de edad; el 61% de personas fueron analfabeta/os. El 50% se dedican a los quehaceres

domésticos, el 26% a la agricultura. El 100% vive en la zona rural La Loma. El 41% presentó bajo peso, sobrepeso y obesidad, el 41% presentó exceso de grasa corporal y el 28% riesgo cardiovascular. El 97% realiza actividad física: en referencia a la frecuencia de consumo de alimentos por semana se encontró un consumo: < 2 veces por semana de: leche y derivados, huevos, carnes, leguminosas, verduras, tubérculos y de cereales; el 47% refirió un consumo diario de azúcar y el 44% de grasas. La prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 32% y este fue mayor en adultos mayores de 61 años de edad, en dicho grupo de edad, también se encontró mayor riesgo cardiovascular según circunferencia de cintura. Se presentó HTA en personas que tuvieron alto consumo de sal (> de 6 gr.). (Nelly, 2012, pág. 25)

“Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, en los trabajadores del Hospital José Carrasco Arteaga y Centro de Atención Ambulatoria 302 central Cuenca en el período 2007-2008”.

Autor: Ana Agudo

Conclusiones:

Se realizó un estudio transversal de prevalencia y factores de riesgo, en un universo de 418 trabajadores con una muestra de 170 personas, calculado en forma aleatoria simple, a partir de una prevalencia de Hipertensión arterial del 29%, con un nivel de confianza 95% y error de inferencia 6%. Los datos se obtuvieron por entrevista directa y se analizaron con el software SPSS. Resultados: la prevalencia de Hipertensión arterial fue de 31.2%. En los hombres de 29.1%; en las mujeres de 32.2%; entre los 40 y 54 años del 30.0% y entre los de 55 y 65 años, del 33.3%. Se asoció positivamente la Hipertensión arterial con dislipidemia. (Ana, Agudo, 2008)

“Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud corrales Tumbes.-Perú 2007”.

Autor: Lilia Janeth Saldarriaga Sandoval

Conclusiones:

El presente es un estudio de tipo descriptivo simple la muestra la conformaron 48 personas adultas entre 35 a 65 años clasificados según ocupación así tenemos: agricultores, obreros, y amas de casa a quienes se les pidió contestaran el cuestionario que contenía las variables independientes: factores de riesgo cardiovascular y conocimientos sobre hipertensión arterial. Determinándose que el conocimiento es bajo en el 45.8 % de la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, 35 % de las personas tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, el 62.8 % del sexo masculino; predominaron los pacientes de 60 a 65 años , entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo con 25 % y alcohol con 29 % el riesgo es al menos el doble, en comparación con los no fumadores obteniéndose que son causas más comunes en las enfermedades cardiacas y con ello la presencia de enfermedad hipertensiva. (Revista científica de Enfermería, 2007)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 LA SALUD:

“El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la OMS (Organización Mundial de Salud) en la primera mitad de siglo XX entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social. Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales” (Quintero, 2007, págs. 45-47)

2.3.2 LA ENFERMEDAD:

El Diccionario de la Lengua Española define la enfermedad como "alteración más o menos grave de la salud". La enfermedad es considerada cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran. (Mendes, 2011, pág. 234).

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente, se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de la alteración del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional, espiritual, etc.).

2.3.3 DETERMINANTES DE LA SALUD

2.3.3.1 Definición

“Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades. Se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción. (Health Canadá 2000)” (MAIS 2012, págs. 40-43).

Son Factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. (Gómez, 2007).

2.3.3.1.1 Recuento Histórico de las Determinantes de Riesgo

Existen distintos modelos para explicar la relación entre los determinantes y el estado de salud de la población:

A partir de los años 70 aparecen varios modelos que intentan explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974), ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses y el de bienestar de Travis (1977) (Blog Atencion Primaria, 2007).

Más adelante, Se comenzaron a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974. Lalonde que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses.

Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: “New perspectives on the health of Canadians”, que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de

velar por la salud de la población. Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. (Aguirre1, 2011)

Estos determinantes son:

- **Medio Ambiente:** relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
- **Estilos De Vida:** Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
- **Biología Humana,** relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- **La Atención Sanitaria:** que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones. (Aguirre1, 2011)

En 1989 y 1999 **Tarlov**, clasificó los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e intersectorial en el que apenas influyen las actuaciones en el campo de la salud.

Tarlov excluye la atención sanitaria como determinante de salud, considerándola como estrategia reparadora:

Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.

Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.

Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios.

Nivel 4. Del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.

Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales

Estos diferentes determinantes se pueden agrupar también en función del momento en que su influencia se hace patente con relación al proceso de enfermedad.

En este sentido, los determinantes se clasificarían como factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuadores.

También se consideran aquellos otros factores que dificultan la aparición de la enfermedad, refiriéndonos en este caso a los denominados factores protectores.

Predisponentes
Vulnerabilidad biológica Características de personalidad Primeras experiencias Respuestas al estrés Influencias socioculturales
Precipitantes
Acontecimientos estresantes Estímulos que provocan respuesta emocional displacentera
Perpetuadores
Estresares permanentes Elementos temperamentales ligados a la ansiedad Reforzadores Influencias familiares
Protectores Atributos
temperamentales de adaptabilidad Adecuada relación intrafamiliar Red de hermanos Soporte comunitario positivo

Cuadro 1: Factores que influyen en la enfermedad (adaptado de Lask & Fosson, 1989)

Fuente: Determinantes de salud. Modelos y teorías del cambio en conductas de salud. (Moiso L. , 2007)

2.3.3.1.2 Clasificación de las Determinantes de Riesgo

2.3.3.1.3 Determinantes Sociales

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La vivienda, el empleo y la educación adecuados son prerequisites básicos para la salud de las poblaciones. La vivienda, más allá de asegurar un ambiente físico apropiado incluye la composición, estructura, dinámica familiar y vecinal y los patrones de segregación social. El empleo, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de la salud.

El acceso a oportunidades educacionales equitativas, la calidad de la educación recibida y la oportunidad de poner en práctica las habilidades aprendidas son también factores de gran trascendencia sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población. (OMS, 2011)

2.3.3.1.4 Medio Ambiente

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

Desde el punto de vista de los servicios y acciones de salud pública, la salud ambiental también se refiere a la teoría y la práctica de evaluar y controlar los factores del ambiente que, potencialmente, pueden afectar a la salud. (Díez, 2011)

2.3.3.1.5 Biología Humana

Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores.

Un número creciente de factores genéticos se ve implicado en la producción de diversos problemas de salud, infecciosos, cardiovasculares, metabólicos, neoplásicos, mentales, cognitivos y conductuales.

Las consecuencias médicas, epidemiológicas y sociales derivadas de la caracterización detallada de las instrucciones genéticas completas del ser humano, es decir el perfil genético específico que predispone o confiere resistencia a la enfermedad, sino sobre todo en función del fenotipo, es decir, la expresión biológica del genotipo como producto de su interacción con múltiples factores extra individuales, presentes en los demás niveles del modelo de determinantes de la salud

Las causas de originar una enfermedad son muy numerosas, así como muy complejos los mecanismos de acción que ejercen sobre el cuerpo.

Existen causas **exógenas** –por ejemplo las infecciones y las enfermedades parasitarias- y **endógenas** –que pueden aparecer por disfunción de un órgano (por ejemplo del páncreas en la diabetes mellitus), por una reacción anormal (como ocurre en la cirrosis hepática), o por un trastorno metabólico y funcional de las células (por ejemplo en las neoplasias, esto es, tumores). (GELMI, 2011)

2.3.3.1.6 Estilo De Vida

Se entiende por estilo de vida al conjunto de hábitos y conductas que modulan la actividad cotidiana y rigen la forma de afrontar los requerimientos, exigencias y retos que se presentan durante las diferentes etapas de la vida.

La conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen.

De esta forma, problemas de salud como el tabaquismo, la desnutrición, el alcoholismo, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes, aunque tienen sus determinantes proximales en los estilos de vida y las preferencias individuales, tienen también sus macro determinantes en el nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información, en la equidad de la distribución del ingreso económico y en la manera como la sociedad tolera, respeta y celebra la diversidad de género, etnia, culto y opinión. (Rodés, 2007)

2.3.3.1.7 Sistema Sanitario

La asistencia sanitaria encaminada a diagnosticar y tratar a la persona individualmente, no tiene demasiado efecto sobre la salud de la población. Sin embargo los programas de salud dirigidos a un grupo social más amplio elevan el nivel de salud de la sociedad.

Por ello debe ser amplia, de calidad, ofrecer cobertura suficiente y accesibilidad desde todos los puntos de vista (económico, de situación, etc.) a toda la sociedad.

Los recursos que un país destina a la salud, y los resultados de éstos, pueden medirse mediante diversos indicadores (índices y valores numéricos), cuyo estudio y correcta interpretación es fundamental para una adecuada política sanitaria. Describir el nivel

de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad entre sus habitantes.

Existen una gran cantidad de indicadores. Los más utilizados son aquellos que indican falta de salud de una población, como la mortalidad y morbilidad. Las formas en que se organiza la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población son determinantes del estado de salud en dicha población.

En particular, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, el alcance de sus actividades de proyección comunitaria y la intensidad de ejercicio de las funciones esenciales de salud pública son ejemplos de determinantes de la salud en este nivel de agregación. (Junta de Andalucía., 2013)

2.3.3.2 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Código: I10

Codificación CIE 10: Hipertensión Arterial Esencial

➤ Definición

Es una enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg. Se considera Hipertensión Arterial cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica y ante la presencia de comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica estos valores están en límite de 130/80 mmHg. (Guías Latinoamericanas de HTA, 2010)

2.3.3.2.1 Clasificación de la Hipertensión Arterial

CLASIFICACIÓN	Tensión Arterial Sistólica mmHg	Tensión Arterial Diastólica mmHg
Normal	< 120 y	< 80
Pre hipertenso	121-139 o	81-89
Hipertenso estadio 1	140-159 o	90-99
Hipertenso estadio 2	≥160	≥ 100

Cuadro 2: Clasificación de la presión arterial para adultos.

Fuente: Manual de Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Hipertensión Arterial (ECNT, 2011)

2.3.3.2.2 Fisiopatología

➤ Mecanismos Reguladores de la Hipertensión:

1. Mecanismos cardiovasculares. La Presión Arterial (PA) es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, y debe ser adecuada para mantener la perfusión tisular durante la actividad y el reposo. La Presión Arterial depende primariamente del Gasto cardiaco (GC) y la Resistencia Vascular Periférica (RVP). $PA = GC \times RVP$

GC: es el volumen de sangre expulsado cada minuto por el ventrículo izquierdo hacia la aorta.

RVP: es la fuerza que se opone al movimiento de la sangre dentro de los vasos sanguíneos.

La PA es el resultado de la relación existente entre la actividad del corazón como bomba, la capacidad del sistema vascular y el volumen de sangre. El radio de las arterias pequeñas y las arteriolas, así como la elasticidad de las paredes de la arteria, constituye el factor principal que determina la resistencia vascular. Un cambio en el radio de las arterias crea una modificación mayor de la RVP. Si la RVP aumenta y el GC permanece constante, aumentará la PA. (Márquez, 2012)

2. Mecanismos neuronales

- **Basorreceptores:** son terminaciones nerviosas sensibles a la distensión de la pared de los vasos sanguíneos, es decir, son receptores de presión. Se encuentran localizados en gran abundancia en las paredes de la arteria carótida interna y en la pared del seno aórtico. Cuando las paredes de estos vasos se distienden como respuesta a un mayor volumen sanguíneo, los basorreceptores envían una señal al Sistema Nervioso Central para inhibir el centro vasoconstrictor del bulbo raquídeo y para estimular el centro vagal, esto produce vasodilatación periférica, disminución de la frecuencia cardíaca y como consecuencia disminución de la presión arterial. Cuando los barorreceptores detectan disminución del volumen sanguíneo actúan de forma contraria aumentando la presión arterial.
- **Quimiorreceptores:** son terminaciones nerviosas localizadas principalmente en las paredes de la arteria carótida y aorta, sensibles a la disminución de la concentración de oxígeno en la sangre, que estimulan el sistema nervioso simpático e inhiben la actividad del parasimpático causando un aumento reflejo de la presión arterial.

3. Mecanismos hormonales

Intervienen tanto para incrementar como para disminuir la presión arterial, actúan produciendo vasoconstricción, vasodilatación y/o alteración del volumen sanguíneo.

La adrenalina y noradrenalina (también llamadas epinefrina y norepinefrina) son secretadas por las glándulas suprarrenales, logran su efecto estimulando los receptores alfa y beta del sistema nervioso simpático a través de la musculatura vascular. La estimulación alfa produce vasoconstricción y la beta vasodilatación.

- **Renina:** es secretada por las células yuxtaglomerulares del riñón como respuesta a la carencia del sodio o al bajo volumen sanguíneo. Actúa a nivel del pulmón

convirtiendo la Angiotensina en Angiotensina II, que es un potente vasoconstrictor. Adicionalmente, estas hormonas estimulan la producción de aldosterona, lo que disminuye el fluido urinario y la pérdida de electrolitos en el cuerpo.

- **Hormona diurética:** secretada por el hipotálamo como respuesta a la disminución de la Presión Arterial. Actúa en los túbulos renales para promover la retención de agua que a su vez aumenta el volumen plasmático aumentando así la Presión Arterial. (Ferreira, 2010)

2.3.3.2.3 Tipos de Hipertensión Arterial

➤ Hipertensión Primaria

La Hipertensión primaria (esencial o idiopática), corresponde a más del 90% de casos aparece sin evidencia de otro proceso patológico; la hipertensión primaria no tiene una sola ideología conocida sino que es de naturaleza multifactorial.

La presión arterial sistémica está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica. Por lo tanto, un aumento de la presión arterial refleja una alteración del flujo sanguíneo en el compartimiento vascular, mediada por cambios del gasto cardíaco o alteraciones de la resistencia vascular.

Los mecanismos que influyen en ese incremento de la presión arterial incluyen un complejo proceso fisiológico en el que participan los sistemas nerviosos, renales y endocrinos. La investigación ha demostrado que se produce hipertensión cuando es necesaria una presión superior a la normal para que el riñón excrete sal y agua.

A lo largo del tiempo, los mecanismos adaptativos elevan la presión hasta alcanzar el nivel necesario para facilitar la excreción normal del sodio y del agua. Un posible mecanismo consiste en la respuesta inadecuada a la excesiva ingesta de sal. Diversas

respuestas patológicas dan lugar a un aumento de sodio intracelular y después a una elevación del calcio intracelular.

El aumento del calcio intracelular eleva el tono y la resistencia de los vasos, lo que da lugar a hipertensión. Esta teoría se ve apoyada por la eficacia de los agentes hipotensores más recientes, los bloqueantes de los canales del calcio.

Otros factores, tales como la herencia, la obesidad y el estrés, igualmente pueden dar lugar también al desarrollo de la hipertensión.

Algunos factores metabólicos y genéticos pueden incrementar la resistencia vascular periférica por hipertrofia de la estructura de la pared arterial.

El estrés crónico contribuye a la hipertensión, ya que aumenta el gasto cardíaco y la resistencia periférica por medio de una mayor liberación de noradrenalina causada por la hiperactividad del sistema nervioso simpático. (Medynet, 2009)

➤ **Hipertensión secundaria**

Del 5 – 10% de los casos es causada por otros estados patológicos, es decir tienen un origen específico, en cada caso como son: enfermedades renales glomerulonefritis, tumores renales, anomalías endocrinas: aldosteronismo primario; anomalías vasculares: coartación de la aorta; enfermedades relacionadas con el embarazo: preeclampsia, eclampsia; relacionadas con fármacos: anticonceptivos orales, esteroides.

En casos de hipertensión secundaria en los que existen alteraciones metabólicas o anatómicas conocidas, la fisiopatología depende en último término de los factores. Por ejemplo, la hipertensión basculo renal, debida a una significativa estenosis de una arteria renal, puede reducir el flujo sanguíneo con la consiguiente isquemia del riñón.

La isquemia activa el sistema renina-angiotensina, con lo que aumenta la resistencia vascular periférica y se eleva la presión arterial. El exceso de estrógenos (por ejemplo

en las embarazadas y en las pacientes que toman anticonceptivos orales) se asocia con una mayor producción hepática de sustrato de renina.

Sin embargo, son pocos los pacientes con exceso de estrógenos que desarrollan hipertensión por la consiguiente activación de la angiotensina.

Se cree que ello se debe al incremento simultáneo de las prostaglandinas vasodilatadores. El uso reciente de la aspirina en la hipertensión gestacional sugiere un defecto de prostaglandinas vasodilatadores.

Diversos trastornos endocrinos, incluyendo el síndrome de Cushing y el hiperaldosteronismo, se asocian con hipertensión, causada probablemente por la excesiva retención de sodio (Medynet, 2009).

2.3.3.2.4. Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial

➤ **Factores 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.
- **Género:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se igualada. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- **Herencia:** De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un

progenitor(o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres normotensos.

- **La edad:** es otro factor, no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad, la frecuencia de hipertensos entre la población mayor de 65 años es de casi el 60%. (Robles, 2011)

2.3.3.2.5. Factores Modificables

➤ **Consumo de Tabaco**

La tensión arterial está ligada al tabaquismo por ser este un factor de riesgo para el sistema cardiovascular, el cigarrillo ejerce sus efectos sobre el corazón, aumentando las necesidades de oxígeno del mismo al producir una descarga de noradrenalina y que, y al mismo tiempo el monóxido de carbono que produce el tabaco al quemarse disminuye la capacidad sanguínea de transporte y distribución de oxígeno. Además el consumo de cigarrillos aumenta los niveles de LDL y reduce los de HDL, eleva el monóxido de carbono de la sangre (pudiendo producir así una hipoxia endotelial) y estimula la vasoconstricción de las arterias y luego su estrechamiento por la aterosclerosis. (Canteros, 2006)

“El humo del tabaco actúa sobre las arterias por medio de sus radicales libres disminuyendo el óxido nítrico y lesionando el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y aterosclerosis disminuyendo así el calibre de los vasos sanguíneos produciendo aumento de la tensión arterial” (Rojas, 2012)

El monóxido de carbono puede causar alteraciones lipídicas, aumento de la permeabilidad vascular, caída del transporte de oxígeno, aumento de los ácidos grasos libres, mientras que la nicotina es un agregante plaquetario (hípercoagulabilidad),

vasoconstrictor en enfermos coronarios, que aumenta el pulso, eleva la demanda miocárdica de O₂ y produce isquemia. La caída del aporte de O₂ también sucede a nivel de músculo liso vascular. (Gonzales, 2008)

La nicotina es un potente agonista del sistema nervioso adrenérgico y ocasiona incremento de la liberación de norepinefrina plasmática y por ende vasoconstricción. Por otro lado, existen estudios que demuestran que las personas que tuvieron un infarto agudo de miocardio y dejaron de fumar tienen 50% menos probabilidades de reinfartarse que los que continuaron fumando. (Gonzales, 2008)

La OMS en el año 2003 clasificó a los fumadores en: **fumador habitual** el cual se define como la persona que fuma 1 cigarrillo por día o 5 por semana; **fumador esporádico** quien fuma 4 o menos cigarrillos por semana, en tanto **fumador severo** es la persona que fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio, y el **ex-fumador** es quien no ha fumado ningún cigarrillo durante el último año.

➤ Consumo de alcohol

La ingesta excesiva de alcohol puede causar daños tanto a la salud física como mental, igualmente es considerada un factor determinante de las enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer (OMS, 2011).

El consumo de alcohol en el Ecuador es de aproximadamente 9 litros de alcohol puro por persona adulta por año. En la población ecuatoriana de 20 a 59 años la prevalencia de personas que han consumido alcohol en el último mes es de 41.3% (ENSANUT, 2011-2013).

El consumo de alcohol eleva la presión arterial, estudios realizados demostraron una relación entre la presión arterial y el consumo excesivo de alcohol, se estima que la ingestión regular de una onza de alcohol al día (dos bebidas), aumenta la presión arterial sistólica 2 a 6 mmHg.

El consumo excesivo de alcohol puede contribuir a la obesidad, elevar los niveles de triglicéridos, causar una insuficiencia cardíaca y contribuir a un accidente cerebro vascular.

➤ **Sedentarismo**

El sedentarismo es otro factor de riesgo modificable, un estilo de vida con escasa actividad física favorece el sobrepeso y la obesidad, incrementando así la posibilidad de diabetes, enfermedades cardiovasculares, e infarto de miocardio.

Se define como persona sedentaria a aquella que no acumula al menos 30 minutos de actividad física moderada 5 o más días a la semana; o aquella que no realice 3 o más sesiones a la semana de actividad física intensa, con una duración mínima de 30 minutos cada una. (ENSANUT, 2011-2013).

La última encuesta nacional de salud y nutrición ENSANUT 2011-2013 reporta que el 34% de la población adolescente ecuatoriana presenta niveles bajos de actividad física y en los adultos de 18 a 59 años un 30% respectivamente.

➤ **Las dietas no saludables**

En el Ecuador según la última encuesta nacional de nutrición y salud se reporta que el 29,2% de la población presenta un consumo excesivo de carbohidratos que supera las recomendación máxima para la prevención de la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, también se observa que el 0,1% de la población nacional presenta un consumo adecuado de fibra lo que favorecería un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. (ENSANUT, 2011-2013)

➤ **Ingesta de Sodio**

La ingesta excesiva de sodio parece también afectar a la presión arterial, debido a que cuando al “aumentar la ingesta de sal se aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua, aumentando la presión sanguínea.

Los efectos del exceso de sal dietética dependen en la ingesta de sodio y a la función renal, ya que por disminución de la capacidad del riñón para eliminar sodio, lo que produce retención de líquidos que aumentan la Presión Arterial. (OMS 2013).

➤ **Sobrepeso y obesidad**

El sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2012).

Para identificar el sobrepeso u obesidad, una de las medidas más utilizadas es el Índice de Masa Corporal (IMC). Una medida que se obtiene a partir de la división del peso en kilogramos para el cuadrado de su estatura en metros. Cuando esta medida es igual o superior a 25 kg/m², se diagnostica sobrepeso, y cuando el IMC es igual o superior a 30kg/m² se diagnostica obesidad (OMS, 2012).

➤ **Estrés:**

El estrés puede desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial. La reacción al estrés es muy compleja y la constituyen una sucesión de acontecimientos de tipo neuronal, muscular, cardiovascular, inmunológico y hormonal.

El estrés produce la activación del Sistema Nervioso Autónomo provoca el aumento de la presión sanguínea mediante el aumento de la tasa cardiaca y la constricción de los vasos sanguíneos. El estrés crónico puede provocar hipertensión a través de múltiples vías:

- Aumentando el gasto cardíaco de origen simpático
- Disminuyendo la actividad vagal

- Aumentando los niveles de catecolaminas
- Potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona o,
- Disminuyendo la sensibilidad del reflejo barorreceptor (Ingaramo, A., 2010)

2.3.3.2.6. Manifestaciones Clínicas

A la hipertensión se la conoce como el “asesino silencioso”, ya que no produce manifestaciones. Esta enfermedad asintomática progresa hasta producir daño orgánico.

La cefalea, aunque se considera muchas veces como un signo o síntoma de hipertensión, no ha sido evaluada como tal, pero puede guardar relación con la hipoxia nocturna causada por apnea del sueño. La cefalea parece ser más frecuente entre los hipertensos obesos con ansiedad.

Otros problemas asociados, tales como epistaxis, sensación de inestabilidad y desvanecimientos, no siempre son indicativos de padecer hipertensión.

Habitualmente, la hipertensión arterial es asintomática, a pesar de la coincidencia en la aparición de ciertos síntomas que muchas veces se considera (erróneamente) asociados a la misma: cefaleas, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio. (Gonzales, 2008)

Aunque las personas con la presión arterial elevada pueden tener estos síntomas también pueden aparecer con la misma frecuencia en individuos con una presión arterial normal. En caso de hipertensión arterial grave o de larga duración que no recibe tratamiento, los síntomas como cefaleas, fatiga, náuseas, vómito, disnea, desasosiego y visión borrosa se producen por lesiones en el cerebro, los ojos, el corazón y los riñones. Algunas veces, las personas con hipertensión arterial grave desarrollan somnolencias e incluso por edema cerebral (acumulación anormal de líquido en el cerebro). Este cuadro llamado encefalopatía hipertensiva requiere un tratamiento urgente. (OMS 2013)

2.3.3.2.7. Complicaciones

➤ Complicaciones cardiológicas

La cardiopatía hipertensiva representa la más prevalente, precoz y grave, de todas cuantas complicaciones viscerales que provoca la hipertensión, siendo por tanto la que motiva un mayor gasto sanitario. (Ayala, 2011)

La afectación cardíaca de la Hipertensión Arterial se localiza fundamentalmente a cuatro niveles:

- Hipertrofia ventricular izquierda (HVI).
- Insuficiencia cardíaca (IC).
- Isquemia miocárdica.
- Arritmias.

➤ Complicaciones no cardiológicas

➤ Cerebro

Para el sistema nervioso central la hipertensión representa la primera causa de complicación cerebrovascular, de forma que el 50% de los pacientes que hacen un Accidente cerebro vascular son hipertensos, En el cerebro de pacientes hipertensos se pueden observar anomalías que no suelen estar habitualmente presentes en la población normotensa, como infartos múltiples, arteriosclerosis generalizada o parcial (Ayala, 2011)

➤ Riñón

En la hipertensión desempeña un doble papel, de forma que puede ser la víctima de la enfermedad o por el contrario ser causa de la misma. Así enfermedades renales como

la glomerulonefritis, pielonefritis, nefrosis, nefropatía diabética, tumores o las alteraciones vasculares que reducen el flujo, son las causas inductoras más prevalentes de HTA secundaria, responsables del 2-5% de todas las causas de HTA.

La causa hemodinámica inmediata es un aumento del volumen circulante. No obstante, la complicación renal más importante que se produce en el curso evolutivo de la hipertensión es la nefroangioesclerosis relacionada proporcionalmente al grado de severidad hipertensiva.

A medida que la hipertensión evoluciona se va instaurando lentamente una insuficiencia renal progresiva, evaluable a través de la pérdida urinaria de proteínas, el nivel de nitrógeno ureico plasmático, o el aclaramiento de la creatinina, hasta llegar al fracaso renal absoluto subsidiario de tratamiento con diálisis periódicas. (Ayala, 2011)

➤ **Grandes arterias**

Todo el sistema arterial se ve forzosamente involucrado por el proceso hipertensivo al ser las arterias los elementos de resistencia que se oponen a las fuerzas dinámicas del torrente sanguíneo, de forma que las arterias se ven por un lado sometidas a un invariable proceso de arterioesclerosis aparte de la arteriosclerosis generalizada a nivel de los grandes troncos arteriales, y de las transformaciones anatómicas funcionales de los lechos arteriolares de resistencia. La Hipertensión facilita el desarrollo de aneurismas y provoca su disección.(GEOSALUD, 2009)

2.3.3.2.8. Diagnóstico de la hipertensión arterial

➤ **Anamnesis**

La anamnesis resulta la herramienta que permite evaluar la historia de la enfermedad actual, sobre todo en términos de la antigüedad de la situación de registros elevados

de la presión arterial, el contexto personal y ambiental en el cual estos fueron registrados y su correlación con otras situaciones clínicas coexistentes. (Sarmiento, 2010).

➤ **Antecedentes de hipertensión arterial**

La edad misma del paciente puede sugerir mecanismos etiológicos referentes a la hipertensión arterial secundaria, cuando los registros de presión arterial elevada comienzan a edades tempranas (adolescentes, adultos < 40 años).

Algunas situaciones de la historia de enfermedad del paciente pueden relacionarse con los mecanismos involucrados, como el antecedente de enfermedades renales previas, el comienzo de la enfermedad actual en contexto de embarazo, los antecedentes de hipertensión arterial familiar y la asociación con otras comorbilidades. (Guerra, 2011)

➤ **Contexto psicosocial y hábitos del paciente**

A través del interrogatorio se pueden identificar factores y situaciones desencadenantes de las cifras elevadas de presión arterial, del mismo modo que con ciertas herramientas se puede evidenciar el contexto clínico del paciente desde el punto de vista mental y emocional (p. ej., formularios para detección de estados clínicos de estrés o depresión), de forma de aproximarse a eventuales situaciones referentes a la adhesión del paciente a las indicaciones posteriores. (Guerra, 2011)

Así, la evaluación clínica inicial debe considerar la historia de la enfermedad actual, el estado actual desde el punto de vista orgánico, mental y social.

Los hábitos de alimentación, ejercicio, sueño, trabajo (horarios), consumo de sustancias (alcohol, tabaco, bebidas o infusiones estimulantes, drogas) y las variaciones de peso o características físicas/ antropométricas pueden aportar datos

relacionados con los mecanismos fisiopatológicos involucrados y sobre el manejo posterior y adhesión a las indicaciones. (OPS, 2012)

➤ **Antecedentes y síntomas relevantes**

Algunos antecedentes clínicos recabados mediante la anamnesis pueden ser de alto beneficio para la evaluación inicial

Diagnóstico de Hipertensión arterial: niveles previos de presión arterial y tiempo de evolución conocido; tratamientos antihipertensivos previos; hábitos y aspectos psicosociales; descartar situaciones de urgencia/emergencia hipertensiva.

Evaluación de mecanismos fisiopatológicos involucrados: consumo de sodio; respuesta al ejercicio y a los cambios posturales; síntomas de aumento de actividad simpática; respuesta a tratamientos previos; situaciones clínicas que evolucionan con aumento de volumen del líquido extracelular (insuficiencia renal, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, HTA esencial con actividad de renina plasmática disminuida.) (Guerra, 2011)

➤ **Examen físico**

Medición de la frecuencia cardíaca y de la Presión Arterial en ambos brazos en la primera consulta, identificando el brazo dominante.

Índice de masa corporal (IMC): peso/talla en m²; y perímetro de la cintura: con el paciente de pie, piernas ligeramente separadas, brazos al costado del cuerpo.

Auscultación cardíaca, carotídea, femoral, abdominal y pulmonar.

➤ **Exámenes complementarios**

➤ **Estudios de laboratorio**

Todo paciente hipertenso debe ser sometido a los siguientes estudios complementarios iniciales: Glucemia en ayunas, Colesterol total, HDL y LDL colesterol, Triglicéridos, Uricemia, Creatinina plasmática, Filtrado glomerular, Hemograma completo y Sedimento urinario

➤ **Electrocardiograma**

El electrocardiograma (ECG) se debe efectuar a todo paciente hipertenso con el objeto de: detectar hipertrofia ventricular izquierda (HVI), que es un fuerte predictor de enfermedad Cardiovascular y muerte y está demostrado que su reducción con tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo Cardiovascular.

➤ **Fondo de ojo**

Diferentes estudios han demostrado el valor de los hallazgos del fondo de ojo en la HTA y su significado pronóstico. Existe sólida evidencia de que las alteraciones del fondo de ojo se correlacionan con daño cerebrovascular, riesgo de ACV, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y morbimortalidad cardiovascular. (OPS, 2012)

2.3.3.2.9. Tratamiento de la Hipertensión Arterial

La meta de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbimortalidad por eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y la prevención del daño renal. Se recomienda lograr cifras de TA inferiores a 140/90 mm Hg y el VII JNC recomienda, en presencia de diabetes o Enfermedad Renal Crónica, TA menor de 130/80 mm Hg. Las recomendaciones aquí vertidas han tomado en cuenta las guías actuales acopladas a la disponibilidad del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos del país (CNMB). (ECNT, 2011).

2.3.3.2.10. Tratamiento No Farmacológico de la Hipertensión Arterial:

➤ Cambios de estilo de vida :

Instauración permanente en el cambio de estilos de vida con el objeto de reducir las cifras de presión arterial y controlar otros factores de riesgo:

- Actividad y ejercicio físico
- Nutrición saludable
- Reducción de consumo de sal
- Suspender tabaquismo
- Disminuir la ingesta de alcohol
- Reducción y estabilización del peso
- Control del stress psicosocial
- Promover terapias de relajación, cognitivas y meditación
- Participación equipo multidisciplinario

Modificaciones En El Estilo De Vida En El Manejo Del Hipertenso		
Modificación	Recomendación	Reducción aproximada P.A.S. (rango)
Reducción de peso	Mantenimiento de peso corporal (IMC. 18,5-24,9 kg/m)	5-20 mmHg por 10 Kg de reducción de peso
Dieta tipo DASH	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales. Y pocas grasas saturadas totales.	8 – 14 mmHg
Reducción de Sodio en la dieta	Reducir consumo de sodio, no más de 100mmol/día (2,4 gr sodio o 6 de cloruro de sodio)	2 – 8 mmHg.
Actividad física	Hacer ejercicio físico aeróbico regular como caminar rápido (30 minutos al día casi todos los días de la semana)	4 – 9 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo a 30 ml en la mujer y 60 ml en el hombre por día.	2 – 4 mmHg

Cuadro 3: Modificaciones en el Estilo de Vida en el Manejo del Hipertenso

Fuente: Manual de Enfermedades Crónico no Transmisibles (ECNT, 2011).

➤ **Educación para el paciente hipertenso:**

- Reforzar la post-consulta
- Promover y reforzar a los grupos de pacientes hipertensos
- Por tratarse de una enfermedad crónica, progresiva, irreversible y muchas veces incapacitante, la hipertensión arterial afecta la vida tanto de la persona que la padece, como de su entorno familiar social y laboral, en caso de un control inadecuado.
- El proceso educativo en hipertensión arterial es parte fundamental en el tratamiento y permite al paciente convertirse en protagonista de su enfermedad, al involucrarse activamente en los objetivos del tratamiento junto a su equipo de salud.

➤ **Ejercicio:**

En pacientes hipertensos, el riesgo de enfermedad cardiovascular es elevado, se les debe realizar una prueba de esfuerzo antes de iniciar la rutina de ejercicio, la cual se recomienda para identificar isquemia, arritmias e isquemia miocárdica asintomática, entre otras.

La prueba de esfuerzo también puede proporcionar datos acerca de la frecuencia cardíaca máxima y la respuesta de la presión arterial, los que servirán para establecer la prescripción del ejercicio. Hay pacientes que también cursan con otras patologías de origen osteomuscular que deben tomarse en cuenta a la hora de indicar el ejercicio. La presión arterial puede disminuir con 30 minutos de actividad física moderadamente intensa como trotar (en forma acelerada) seis a siete días a la semana o por ejercicios más intensos y menos frecuentes. (ECNT, 2011).

➤ **Control del Peso**

Mantener el peso corporal dentro de los límites normales con un índice de masa corporal entre 18,5 a 24,9 Kg/m².

La reducción de 9,2 kg (20,2 libras) de peso disminuye un promedio de 6,3/3,1 mm/Hg las cifras de presión arterial. (ECNT, 2011).

➤ **Alimentación**

- **Dieta DASH**

Hay sólidas evidencias científicas de que la dieta denominada DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), compuesta principalmente por frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, ácidos grasos monoinsaturados, pescado, aves, nueces, y pobre en ácidos grasos saturados, carne roja, bebidas azucaradas y dulces, tiene un efecto hipotensor, independientemente de la restricción de sal y el descenso de peso.

Esta dieta produce un descenso promedio de 5,5/3,5 mm Hg para la PAS/ PAD, respectivamente. El efecto hipotensor máximo se alcanza aproximadamente a las dos semanas de implementada.

Disminuir la ingesta de sodio a menos de 5 g/día con lo cual se logra hacer disminuciones de hasta 10 mmHg de presión arterial. (ECNT, 2011).

2.3.3.2.11. Tratamiento Farmacológico

El objetivo principal del tratamiento antihipertensivo es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, lo que se logra con la reducción de la presión arterial y el control de factores de riesgo modificables. Es importante individualizar el tratamiento de la hipertensión arterial a las particularidades de cada paciente acorde a su patología y riesgo.

Los fármacos de primera elección para HTA no complicada son los diuréticos ya que cuentan con más evidencia de ensayos clínicos aleatorizados y controlados que demuestran su eficacia en reducción de morbi-mortalidad cardiovascular.

Para la reducción de la HTA, la evidencia no muestra diferencias importantes entre las clases de medicamentos pero sí sobre sus efectos secundarios

Se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas para reducir los efectos secundarios.

Los fármacos de acción prolongada que permiten su uso en monodosis mejora la adherencia y por tanto el control.

La elección del fármaco debe hacerse de forma individual y considerar:

- Riesgo cardiovascular individual
- Disponibilidad del medicamento
- Comorbilidad
- Daño en órgano blanco
- Posibles interacciones con otros medicamentos (ECNT, 2011).

2.4. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Aldosteronismo: es un trastorno metabólico caracterizado por una sobreproducción y secreción de la hormona aldosterona por parte de las glándulas suprarrenales, lo cual conlleva a niveles disminuidos de potasio en el plasma sanguíneo y, en muchos casos a hipertensión arterial.

Angiotensina: es una hormona peptídica que causa vasoconstricción y un posterior aumento de la presión arterial. Es parte del sistema renina angiotensina aldosterona (RAS), que es un objetivo importante de los fármacos que disminuyen la presión arterial.

Comorbilidades: Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas.

Células yuxtaglomerulares: Células de músculo liso que tapizan el extremo glomerular de las arteriolas aferentes del riñón, en la zona opuesta a la región de la mácula densa del principio del túbulo distal. Estas células sintetizan y almacenan renina.

Colesterol.- Una sustancia cerosa que es producida en el cuerpo humano, en las grasas animales y en los productos lácteos, y que es transportada por la sangre.

Diana (Órganos Diana).- Órganos blandos primeros en sufrir las consecuencias de la hipertensión arterial: corazón, cerebro, riñones, arterias y venas.

Eco cardiografía.- Un procedimiento que evalúa la estructura y la función del corazón por medio de la utilización de ondas sonoras, grabándolas en un sensor electrónico que produce una imagen en movimiento del corazón y las válvulas cardíacas.

Electrocardiograma (o EKG).- Un examen que registra la actividad eléctrica del corazón, muestra los ritmos anormales y detecta lesiones del músculo cardíaco.

Exógenas: Es generada fuera del individuo y éste la incorpora

Endógenas: Es generada por un desequilibrio interno del individuo.

Fenotipo: todos aquellos rasgos particulares y genéticamente heredados de cualquier organismo que lo hacen único e irreplicable en su clase. El fenotipo se refiere principalmente a elementos físicos y morfológicos tales como el color de cabello, el tipo de piel, el color de ojos, etc., pero además a los rasgos que hacen al desarrollo físico como también al comportamiento y a determinadas actitudes.

Gasto cardiaco.- La cantidad de sangre que recorre el sistema circulatorio en un minuto.

Glándula Suprarrenal: Glándula endocrina situada encima de los riñones que produce hormonas que regulan el metabolismo y el equilibrio de líquidos e iones. Segrega hormonas sexuales complementarias. También produce adrenalina y noradrenalina, que son hormonas importantes para la adaptación del organismo a situaciones estresantes.

Glomérulonefritis: Comprende diferentes enfermedades del riñón. El rasgo común de estas enfermedades es la inflamación de determinadas estructuras de la capa exterior del riñón (corteza renal).

Grasa saturada.- Grasa que se encuentra en los alimentos derivados de la carne y la piel de los animales, en los productos lácteos y en algunos vegetales.

Intracelular: Que está situado u ocurre dentro de una célula o células

Incidencia: mide la velocidad a la que se producen casos nuevos durante un periodo determinado en una población especificada

LDL.- Proteína que transporta el colesterol primario.

Lipoproteína de alta densidad (su sigla en inglés es HDL).- Una proteína que estimula la ruptura y la eliminación del colesterol del cuerpo.

Metabólicos: Conjunto de reacciones bioquímicas que efectúan las células de los seres vivos para descomponer y asimilar los alimentos y sustancias que reciben del exterior.

Neoplásicos: Tipo de formación patológica de un tejido, cuyos elementos componentes sustituirán a los de los tejidos normales.

Prostaglandina: Son unas sustancias con funciones similares a las de una hormona que están presentes en muchos tejidos y fluidos del cuerpo (útero, pulmones, semen, riñones, cerebro, etc.). Regulan el sistema inmunológico y el descenso de la presión arterial e inhiben de la trombosis

Prevalencia: es la frecuencia de casos de enfermedad en una población y en un momento dado.

Resistencia Periférica: Resistencia al flujo de sangre determinada por el tono de la musculatura vascular y por el calibre de los vasos sanguíneos.

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de determinantes de riesgo influyen en el perfil epidemiológico de las familias de los pacientes hipertensos atendidos en el club del centro de salud N°3 del distrito 0601 Chambo- Riobamba en el periodo Junio – Noviembre del 2014

2.5.2. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Determinantes de riesgo

VARIABLE DEPENDIENTE:

Perfil epidemiológico

2.6. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	ESCALA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE Determinantes de riesgo	Son un conjunto de factores sociales, biológicos, estilo de vida, ambientales, que al actuar de manera combinada determinan la salud y la enfermedad de los individuos, grupos y comunidades.	Factores sociales Factores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de Educación Ocupación Edad Genero 	<ul style="list-style-type: none"> Primaria Secundaria Superior Sin Instrucción <p>¿Qué ocupación tiene?</p> <p>¿Cuántos años cumplidos tiene?</p> <ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a las familias Observación Entrevista a las familias Observación

		<p>Factores Conductuales (Estilos de vida)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datos Antropométricos • Antecedente Familiares de Hipertensión • Valoración de HTA <p>Hábitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Talla • Peso • IMC • Paterno • Materno • Ambos • Desconoce • Normal • Pre hipertenso • HTA Estadio I • HTA Estadio II • ¿Consume usted cigarrillo? • ¿Consume usted alcohol? 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a las familias • Observación
--	--	---	---	--	--

			<p>Alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consume comidas rápidas • Su alimentación es a base de: <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Ocasionalmente • Nunca <ul style="list-style-type: none"> • Carbohidratos • Vegetales • Proteínas • Frutas • Grasas (Saturadas, Insaturadas) <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene un horario regular en las comidas <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Ocasionalmente • Nunca <ul style="list-style-type: none"> • Le agrega sal extra a sus comidas <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Actividad Física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza actividad física <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a las familias • Observación
--	--	--	---	--

		<p>Factor Ambiental:</p> <p>ETRÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de actividad física realizan • Cuantas veces a la semana realizan ejercicio físico • Cuantos minutos realizan actividad física • Se ha sentido estresado 	<ul style="list-style-type: none"> • Caminar • Bailoterapia • Trotar • Ninguno • Diariamente • De 1 a 3 veces a la semana • De 4 a 6 veces a la semana • Una vez al mes • De 15 a 30 minutos • De 30 a 45 minutos • De 45 minutos o más • Si • No • Por qué Motivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a las familias • Observación
--	--	---	--	--	--

		Sistema Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Cuándo sufre el episodio de estrés cuanto le dura • Cuantas horas trabaja a la semana • Realiza actividades relajantes para controlar el estrés Aromaterapia, Control de la Respiración, Masajes, Musicoterapia, Otros. • El personal del Centro de Salud le ha visitado para el control de la presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Un día • una semana • permanece estresado • Menos de 30 horas • De 30 a 60 horas • 60 a 90 horas • 90 a más horas • Si • No • Cuales • Siempre • Ocasionalmente • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista a las familias • Observación
--	--	--------------------------	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> Le gustaría recibir información de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial por parte del personal del centro de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	
VARIABLE DEPENDIENTE Perfil epidemiológico	Es el estudio de la morbimortalidad y factores de riesgo teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.	Morbilidad	Tasa de morbilidad de la HTA	Número de casos *100 / Población estimada	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista Observación
			Tasa de incidencia de la HTA	Número de casos nuevos de enfermedad / Población expuesta	
			Tasa de prevalencia de la HTA	Número de casos (nuevos y antiguos) / Población total expuesta	
		Mortalidad	Tasa de mortalidad de la HTA	Total de defunciones / Población total	

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO:

Método Científico

Inductivo: ya que a través de una primera etapa de observación se pudo registrar e identificar las determinantes de riesgo social, biológico, conductual, ambiental y sistema sanitario y el perfil epidemiológico la tasa de morbimortalidad de los miembros de las familias de los pacientes del club, los mismos que fueron analizados de acuerdo a la bibliografía existente y con ello determinar las consecuencias que puede conllevar en la salud de las familias.

Deductivo: en la cual se observó las determinantes de riesgo a nivel mundial, nacional y local, y se comparó con las determinantes de riesgo en las familias a la vez se analizó el efecto de estas determinantes de riesgo en el perfil epidemiológico de la población expuesta

• TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativa: porque se utilizó la observación y la entrevista del área de estudio en las familias de los pacientes del club de hipertensos

Cuantitativa: en la cual se realizó una recolección de datos de las familias de los pacientes del club, el análisis de esta información se representa con escalas numéricas.

• DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Transversal: está investigación se determinó en un periodo de tiempo previamente definido de Junio- Noviembre 2014

De campo: porque los datos se obtienen en el mismo sitio donde se realizó la investigación los hogares de las familias de los pacientes del club de hipertensos del centros de salud N°3.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptiva: se describió la situación actual sobre las determinantes de riesgo y el perfil epidemiológico

Correlacional: porque se quiere conocer si están relacionadas las variables entre sí, es decir se quiere determinar si existe o no dependencia entre las dos variables, determinantes de riesgo y perfil epidemiológico.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de la presente investigación la integran el universo de 30 familias de los pacientes que asisten al club de Hipertensos del Centro de Salud N°3.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos de ambos sexos.
- Aquellos miembros de las familias que mostraron mayor aceptación, disponibilidad de tiempo, y que contaron con integrantes con edad comprendida de 18 años y más de 65 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos que se nieguen a participar de la investigación
- Los 30 pacientes del club que son parte de la familia

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS

- Observación: dirigida a las familias para identificar medidas antropométricas: peso, talla. Se utilizó un tensiómetro manual para la medición de la presión arterial.
- Entrevista: dirigida a las familias para determinar los factores de riesgo y el perfil epidemiológico.

INSTRUMENTO

- Guía de Observación
- Guía de Entrevista

3.4. TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS

Para el desarrollo del procesamiento y análisis de la información se utilizó el programa Microsoft Excel, se realizó un análisis de los datos con las correspondientes frecuencias y porcentajes, los cuales se representaron en tablas pasteles y barras, para permitir mayor facilidad de interpretación de resultados.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

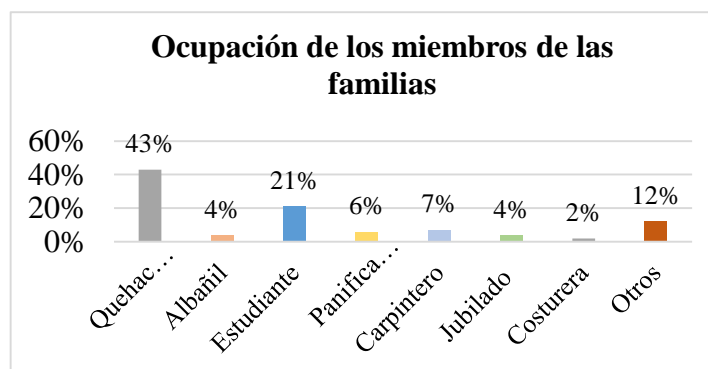
DETERMINANTES DE RIESGO SOCIAL

Tabla 1: Ocupación de los miembros de familia de los pacientes del club (18 – 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Quehaceres Domésticos	35	43%
Albañil	3	4%
Estudiante	17	21%
Panificador	5	6%
Carpintero	6	7%
Jubilado	3	4%
Costurera	2	2%
Otros	10	12%
Total	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel YambayYambay

Gráfico 1



Fuente: Tabla N°1
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Según los datos de riesgo social, la ocupación de los miembros de las familias encuestadas mayores de 18 años de edad, el 43% se dedican a los quehaceres domésticos, las cuales llevan sobre sí de forma general todo el peso de la atención, el cuidado de los niños, las labores domésticas, están más sometidas al stress, realizan menos ejercicios físicos saludables, tienen mayor tendencia al sedentarismo y la obesidad, factores que influyen en el desarrollo de la hipertensión arterial.

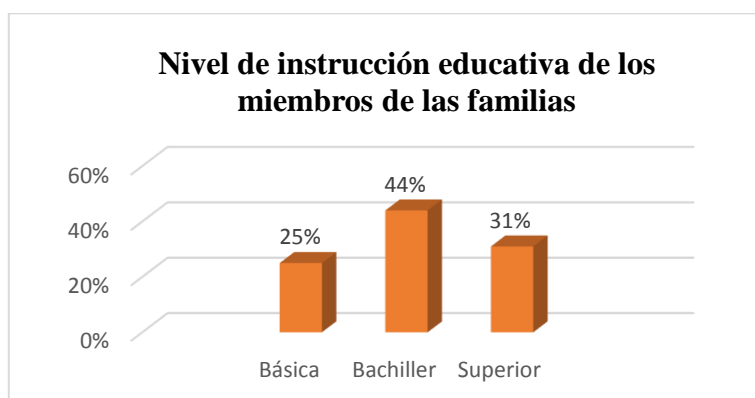
Tabla 2: Nivel de instrucción educativa de los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Básica	20	25%
Bachiller	36	44%
Superior	25	31%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel YambayYambay

Gráfico 2



Fuente: Tabla N°2

Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: según la encuesta, los datos de riesgo social la instrucción educativa de los miembros de las familias mayores de 18 años de edad; el 25% tiene una instrucción de nivel Básico, seguido del 44% que alcanzaron al Bachillerato, lo que no es un determinante de riesgo para el desarrollo de la hipertensión arterial porque este nivel de formación puede comprender la educación.

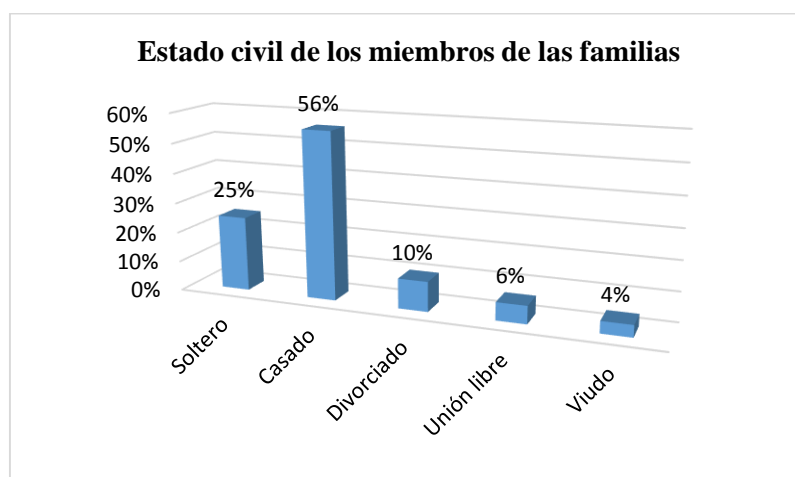
Tabla 3: Estado civil de los miembros de familia de los pacientes del club (18-65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Soltero	20	25%
Casado	45	56%
Divorciado	8	10%
Unión libre	5	6%
Viudo	3	4%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel YambayYambay

Gráfico 3



Fuente: Tabla N°3

Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: según la encuesta, los datos de riesgo social indican que el estado civil de las familias encuestadas la mayoría de la población el 56% son casados, lo que podría significar que deben asumir la responsabilidad de los asuntos domésticos, la alimentación, el cuidado, de aportar al hogar los ingresos económicos y es posible que estos determinantes tengan consecuencias distintas sobre el bienestar de la salud conllevando al desarrollo de estrés y tensiones arteriales altas.

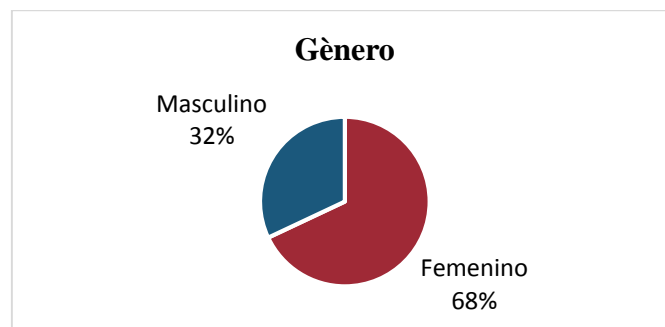
DETERMINANTES DE RIESGO BIOLÓGICO

Tabla 4: Genero de los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años):

ITEM	Frecuencia	%
Femenino	55	68%
Masculino	26	32 %
Total	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 4:



Fuente: Tabla N°4
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación.- Según la encuesta de riesgo biológico, de un total de 81 personas miembros de las familias encuestadas mayores de 18 años, se evidencia que el 68% son de género femenino y 32% de género masculino; es decir, hay mayor número de mujeres. La presión arterial aumenta con la edad en los hombres por razones desconocidas, en la mujer el alza ocurre después de la menopausia y puede, por tanto, estar relacionada con las hormonas femeninas. La HTA a partir de los 40 años es ligeramente más frecuente en la mujer que en el hombre.

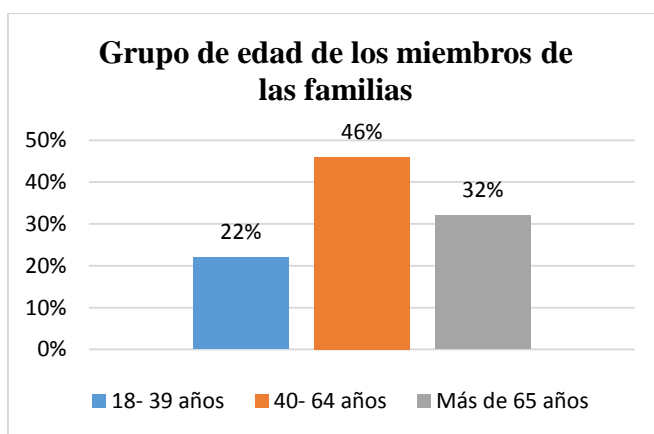
Tabla 5: Grupos de edad de los miembros de familia de los pacientes del club (18 – 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
18- 39 años	18	22%
40- 64 años	37	46%
Más de 65 años	26	32%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 5:



Fuente: Tabla N°5

Elaborado por: La Autora

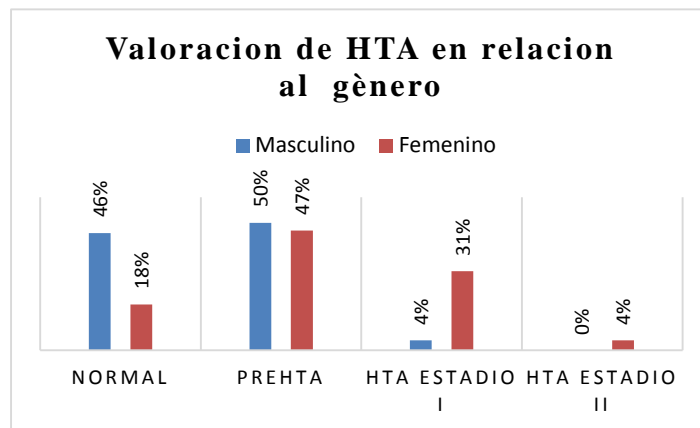
Análisis e Interpretación: Al analizar el riesgo biológico, de un total de 81 personas integrantes de las familias encuestadas mayores de 18 años de edad, se encontró que el 46 % corresponden a los adultos/as de 40 – 64 años de edad, el 32% pertenecen al grupo de adulto/a mayor más de 65 años de edad. La edad es un factor que mantiene una relación directa con el inicio de la enfermedad; se dice que entre mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad cerebro vascular, la presión arterial, tanto sistólica como diastólica se incrementa conforme avanza la edad, aunque se mantiene sin cambios notables en los últimos años de vida, puesto que al pasar los años los sistemas homeostáticos del organismo van perdiendo sus funciones y se debilitan de forma tal que el organismo se vuelve más susceptible de padecer alguna patología cardiovascular .

Tabla 6: Valoración de la presión arterial en los miembros de las familias en relación al género (18- 65 años)

ITEM	Masculino	%	Femenino	%
Normal Menos de 120/80 mmHg	12	46%	10	18%
Pre-Hipertenso De 120-139 a 80-90 mmHg	13	50%	26	47%
Hipertensión Estadio I De 140-159 a 90-99 mmHg	1	4%	17	31%
Hipertensión Estadio II Mayor 160 a mayor 100 mmHg	0	0%	2	4%
TOTAL	26	100%	55	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 6:



Fuente: Tabla N°6
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar la valoración de presión arterial en relación al género, de los miembros de las familias encuestas mayores de 18 años, se encontró que en los hombres con un 50% en relación a las mujeres con un 47% presentaron pre hipertensión, seguido del 31% de mujeres en relación a los hombres con un 4%, registraron hipertensión estadio I. La presión arterial está determinada por la cantidad de sangre que bombea el corazón y la resistencia que ofrecen las arterias a este flujo. La presión sistólica es la presión máxima que se obtiene en cada contracción del corazón y la presión diastólica es la presión mínima durante la fase de relajación. Presiones arteriales mantenidas sobre 140/90 mmHg, producen daño en las paredes internas de las arterias y esta lesión favorece la formación de placas de ateroma.

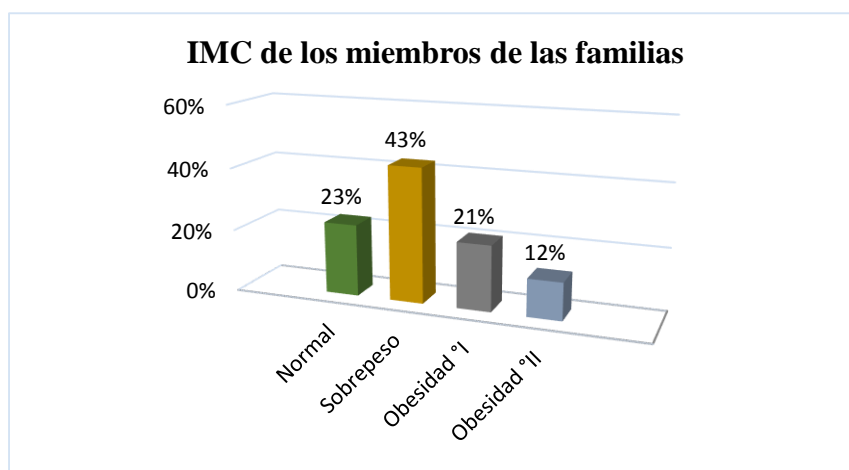
DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Tabla 7: Índice de masa corporal (IMC) de los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Normal	19	23%
Sobrepeso	35	43%
Obesidad °I	17	21%
Obesidad °II	10	12%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 7



Fuente: Tabla N°7
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar el IMC, en los miembros de las familias mayores de 18 años, el 43 % tiene sobrepeso, el 21% presenta obesidad tipo I, y el 12% presenta obesidad tipo II. La obesidad y el sobrepeso son la acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo, aparece cuando se ingieren más calorías de las necesarias, la obesidad casi siempre se debe a la ingesta de alimentos hipercalóricos y la disminución de la actividad física. Se estima que la hipertensión es 2,5 veces más frecuente en los obesos que en las personas de peso normal

**DETERMINANTES DE RIESGO CONDUCTUALES (ESTILOS DE VIDA)
EN LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS (18- 65 años)**

1.1 HÁBITOS TÓXICOS

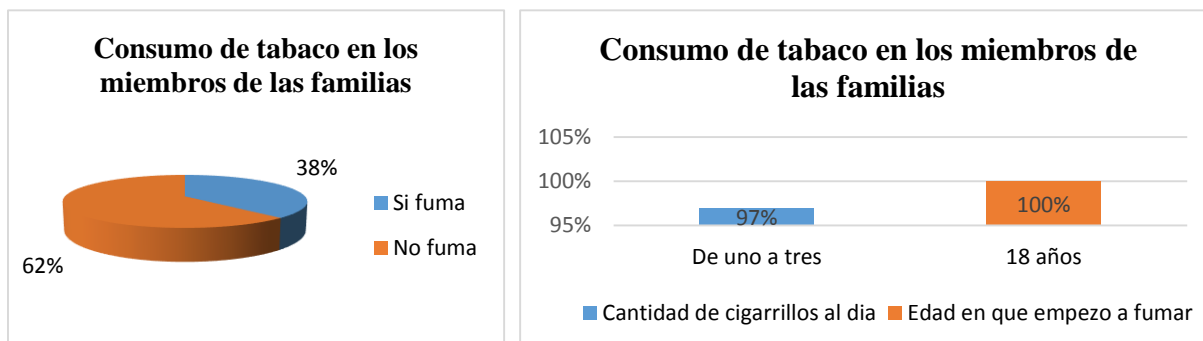
Tabla 8: Consumo de tabaco en los miembros de familias de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Si Fuma	31	38%
No Fuma	50	62%
TOTAL	81	100%

Consumo de tabaco	Frecuencia	%
Cantidad de cigarrillos al día		
De uno a tres	30	97%
De tres a cinco	1	3%
TOTAL	31	100%
Edad en que empezó a fumar		
18 años	31	100%
TOTAL	31	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 8



Fuente: Tabla N°8
Elaborado por: La Autora

Fuente: Tabla N°8
Elaborado por: La Autora

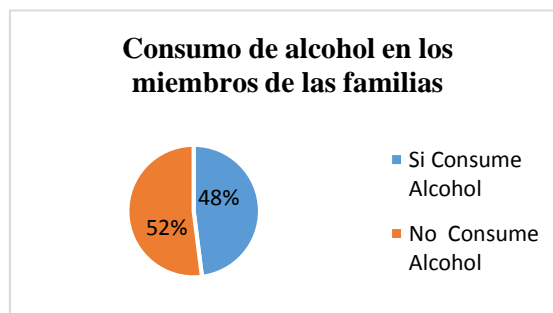
Análisis e Interpretación: según la encuesta, el consumo de tabaco en los miembros de las familias mayores de 18 años, se encontró, en la mayoría de las familias las personas fumadoras eran hombres el 38 %, con un promedio de 1–3 cigarrillos diarios (97%). Este hábito lo iniciaron a los 18 años de edad (100%). El consumo de tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante, con la particularidad de que es el más fácil de evitar. El fumar, daña las paredes internas de las arterias y permite el depósito de colesterol en ellas. Está demostrado que la incidencia de enfermedad coronaria es tres veces mayor en los fumadores que en las personas que no tienen este hábito.

Tabla 9: Consumo de alcohol en los miembros de familia de los pacientes del club (18 – 65 años)

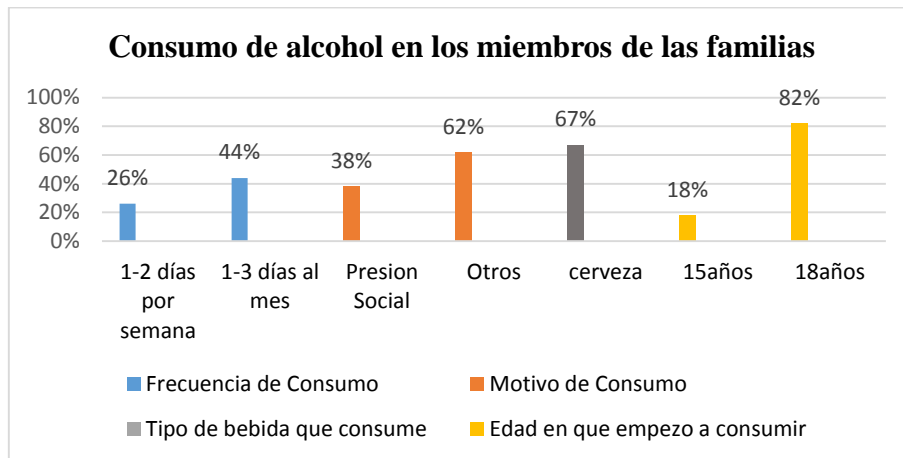
ITEM	Frecuencia	%
Si Consume Alcohol	39	48%
No Consume Alcohol	42	52%
TOTAL	81	100%
Frecuencia de consumo		
1-2 días por semana	10	26%
1-3 días al mes	17	44%
Menos de una vez al año	12	30%
TOTAL	39	100%
Motivo para consumir alcohol		
Presión social	15	38%
otros	24	62%
TOTAL	39	100%
Tipo de bebida que consume		
Cerveza	26	67%
Ron	2	5%
Vino	4	10%
otros	7	18%
TOTAL	39	100%
Edad en que empezó a consumir alcohol		
15 años	7	18%
18 años	32	82%
TOTAL	39	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 9



Fuente: Tabla N°9
Elaborado por: La Autora



Fuente: Tabla N°9
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: según la encuesta, el consumo de alcohol en los miembros de las familias mayores de 18 años, se encontró que las personas que con mayor frecuencia lo hacía eran los hombres 48%, los cuales consumían: cerveza el 67%, y otros el 18%; la frecuencia de consumo fue de: 1 a 3 días al mes el 44%, y menos de una vez al año del 30%; por motivos no especificados el 62% y presión social fue de 38%. Se estima que la ingestión de alcohol aumenta la presión arterial de 2 – 6 mmHg. El alcoholismo representa un importante factor de riesgo, asociado a la HTA incrementa la probabilidad de enfermedad vascular encefálica.

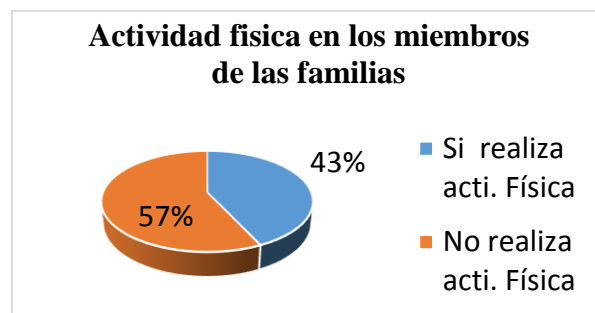
1.2 ACTIVIDAD FÍSICA:

Tabla 10: Actividad física en los miembros de familia de los pacientes del club (18 – 65 años)

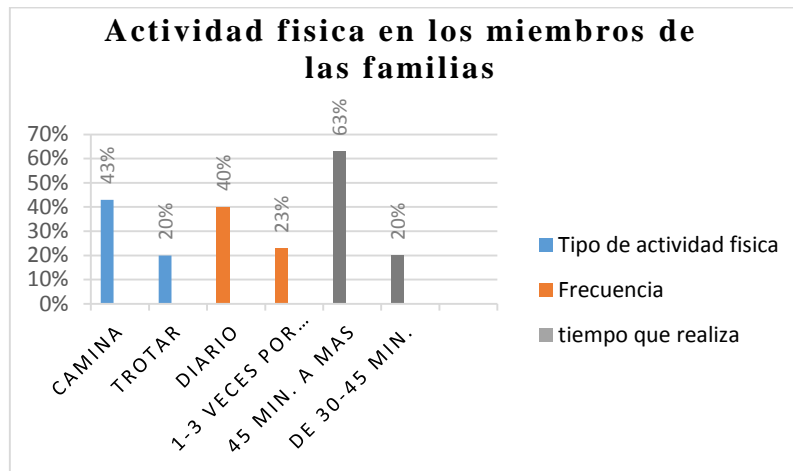
ITEM	Frecuencia	%
Si realiza actividad física	35	43%
No realiza actividad física	46	57%
TOTAL	81	100%
Tipo de actividad física		
Camina	15	43 %
Trota	7	20%
Bailoterapia	6	17%
Nadar	2	6%
Otros	5	14 %
TOTAL	35	100%
Frecuencia que realizan actividad física		
Diario	14	40%
1-3 veces por semana	8	23%
4-6 veces por semana	7	20%
1 vez al mes	6	17%
TOTAL	35	100%
Cuantos minutos lo realizan		
De 15-30 min	6	17%
De 30 -45 min	7	20%
45 min. A mas	22	63%
TOTAL	35	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 10



Fuente: Tabla N°10
Elaborado por: La Autora



Fuente: Tabla N°10
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: La actividad física, como factor protector para la HTA se evaluó mediante los ejercicios realizados semanalmente, se encontró que la mayoría de las personas caminan el 43%, trotan el 20%. La frecuencia que realizan la actividad física fue: Diario 40%, 1-3 veces por semana el 23%. En cuanto se refiere al tiempo que lo realizan fue: de 45 minutos a más 63%, de 30-45 minutos el 20%. También se encontró que en los miembros de familia había alguien que no practicaba ninguna clase de actividad física (57%). Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio ayuda a controlar los niveles de colesterol, fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias.

1.3 RÉGIMEN ALIMENTARIO:

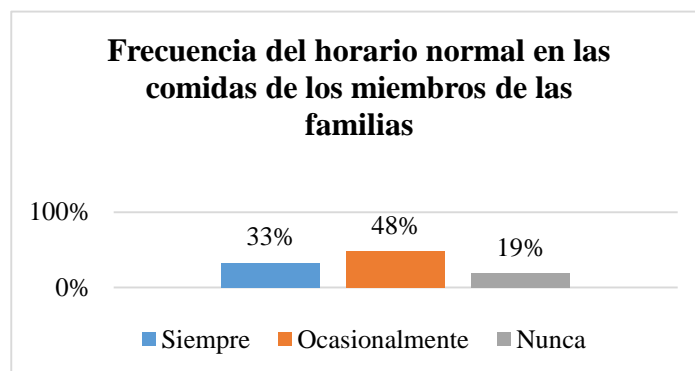
Tabla 11: Frecuencia del horario en las comidas en los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Siempre	27	33 %
Ocasionalmente	39	48 %
Nunca	15	19 %
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 11



Fuente: Tabla N°11

Elaborado por: La Autora

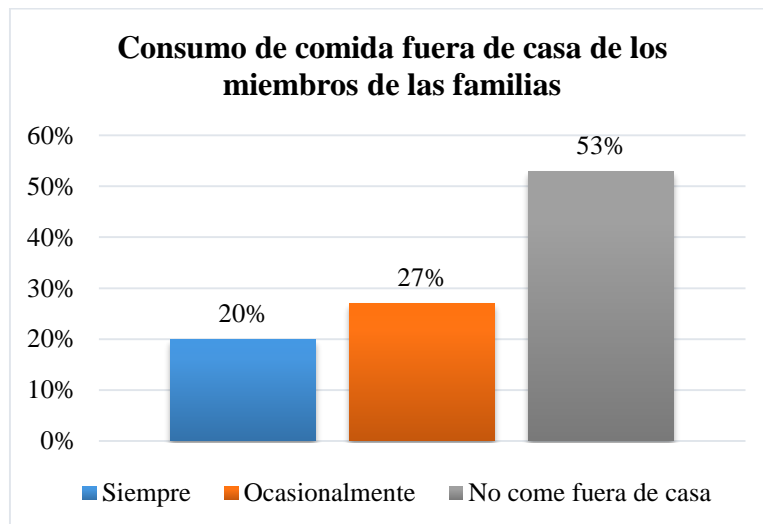
Análisis e Interpretación: Con respecto al horario normal en las comidas los miembros de las familias encuestadas mayores de 18 años, se encontró que en la mayoría de la población el 48% ocasionalmente tiene un horario a la hora de comer, mientras que el 19% nunca tiene un horario. Las personas estaban acostumbradas a comer según el esquema desayuno, almuerzo, cena, tomándose el tiempo para compartir con la familia en torno a los alimentos, de manera de poder sociabilizar y además nutrirse de la manera más correcta posible. Hoy en cambio, la rapidez con la que nos movemos impide muchas veces que algunos se tomen el tiempo para alimentarse bien y con esto, se saltan las comidas, comen lo primero que encuentran. De esta manera, la carencia de nutrientes, el sobrepeso y otras enfermedades como la gastritis, colitis o estreñimiento, es porque las personas no tienen un control en su horario de comida.

Tabla 12: Consumo de comida fuera de casa en los miembros de familias de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Siempre	16	20%
Ocasionalmente	22	27%
No come fuera de casa	43	53%
TOTAL	81	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 12



Fuente: Tabla N°12
Elaborado por: La Autora

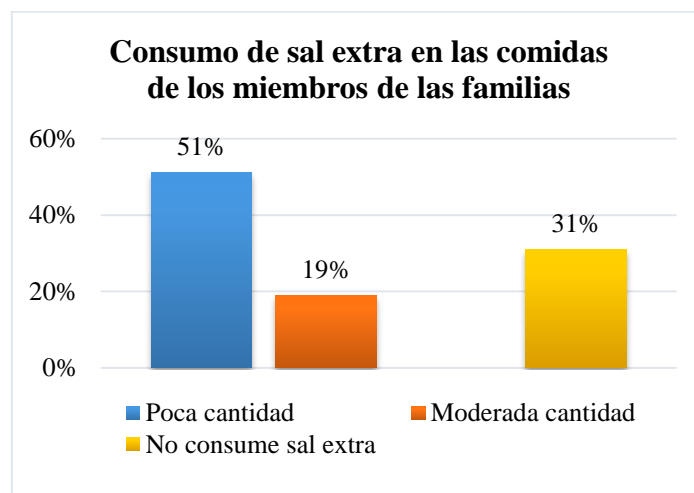
Análisis e Interpretación: : El 27% de los integrantes de las familias encuestadas mayores de 18 años respondió comer fuera de casa, seguido del 20% que siempre come fuera de casa. Las personas que consumen alimentos fuera de su domicilio toman menos proteínas y más grasas totales, grasas saturadas y azúcares libres, los alimentos ingeridos fuera del hogar tienen baja cantidad de nutrientes pero son muy calóricos lo que conlleva al desarrollo de sobrepeso.

Tabla 13: Consumo de sal extra en las comidas de los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Poca cantidad 1 cucharadita (5g)	41	51 %
Moderada cantidad 2 cucharaditas (10g)	15	19%
Gran cantidad 3 cucharaditas (15g)	0	0%
No consume sal extra	25	31%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 13



Fuente: Tabla N°13
Elaborado por: La Autora

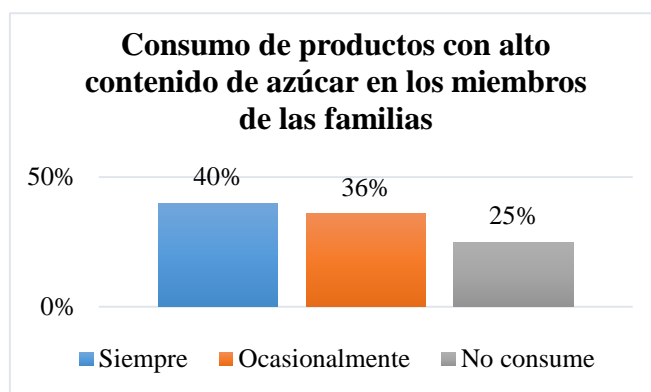
Análisis e Interpretación: Al analizar el consumo de sal extra en las comidas ya servidas en la mesa del hogar se encontró que el 51% de los miembros de la familia agregan sal en poca cantidad, lo que podría significar que pueden desarrollar hipertensión arterial en algún momento, mientras que un 19% lo agregan en moderada cantidad.

Tabla 14: Consumo de productos con alto contenido de azúcar en los miembros de familias de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Siempre	32	40%
Ocasionalmente	29	36%
No consume	20	25%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 14



Fuente: Tabla N°14
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar el consumo de productos con alto contenido de azúcar en los miembros de las familias encuestadas mayores de 18 años, la mayoría el 40% respondieron consumir siempre, el 36% que consume en ocasiones. Un exceso de azúcar también ocasiona un exceso de calorías que puede llevar al exceso de peso y grasa corporal, lo cual también incrementa la presión arterial, pero aun en personas de peso normal, el consumo de bebidas azucaradas eleva la presión arterial, si bien el mecanismo por el cual actúa el azúcar sobre la presión en sangre no está claro, se cree que su ingesta disminuye las concentraciones de óxido nítrico en sangre, un factor vasodilatador que al no estar presente contrae las arterias e incrementa el riesgo de hipertensión arterial

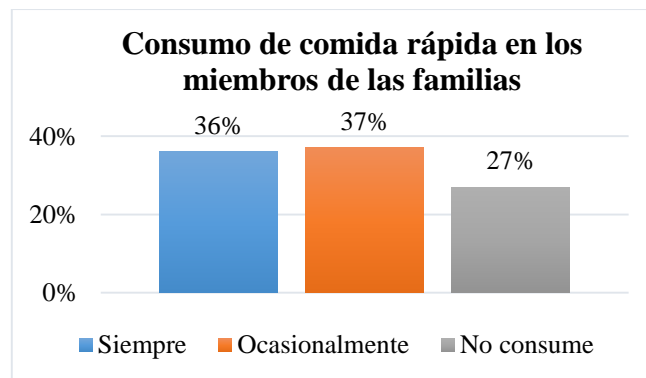
Tabla 15: Consumo de comida rápida (chatarra) en los miembros de familias de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Siempre	29	36%
Ocasionalmente	30	37%
No consume	22	27%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 15



Fuente: Tabla N°15

Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar el consumo de comida rápida o chatarra la mayoría de los miembros de las familias encuestadas mayores de 18 años, el 37% respondió que consume en ocasiones, seguido de un 36% que siempre consume algún tipo de comida rápida. La concentración de grasa y sal de las comidas chatarra y alimentos procesados aumentan el riesgo de padecer hipertensión, que a su vez es el principal factor de riesgo de sufrir enfermedad y muerte por complicaciones en órganos vitales como el corazón que puede sufrir un infarto.

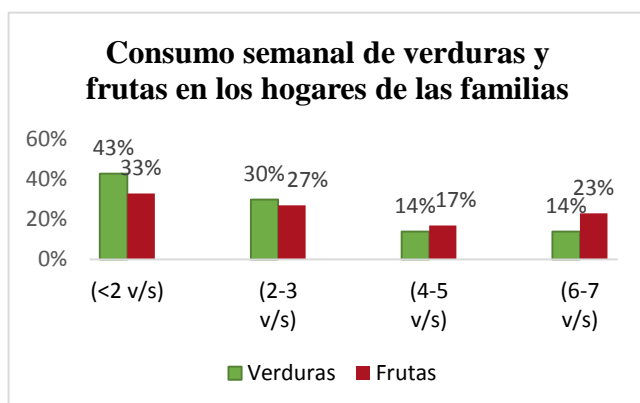
Tabla 16: Frecuencia semanal de consumo de alimentos de las familias

FRECUENCIA	(<2 v/s)		(2-3 v/s)		(4-5 v/s)		(6-7 v/s)		TOTAL CONSUMO		NO CONSUME	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lácteos	2	8%	10	42%	5	21%	7	29%	24	80%	6	20%
Tubérculos	0	0%	6	21%	10	34%	13	45%	29	97%	1	3%
Leguminosas	5	17%	9	30%	2	7%	12	40%	30	100%	0	0%
Cereales Y Derivados	0	0%	5	17%	9	30%	16	53%	30	100%	0	0%
Verduras	13	43%	9	30%	4	14%	4	14%	30	100%	0	0%
Frutas	10	33%	8	27%	5	17%	7	23%	30	100%	0	0%
Carnes	3	10%	4	14%	10	33%	13	43%	30	100%	0	0%
Embutidos	2	8%	10	42%	5	21%	7	29%	24	80%	6	20%
Grasas	5	17%	9	30%	2	7%	12	40%	30	100%	0	0%
Azucars	4	13%	4	13%	6	20%	16	53%	30	100%	0	0%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

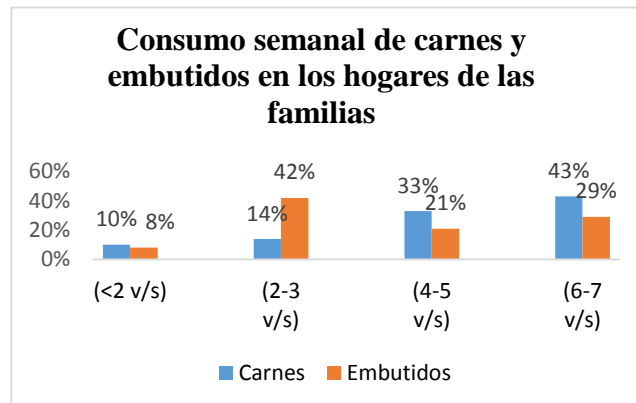
Elaborado por: Nancy Isabel YambayYambay

Gráfico 16



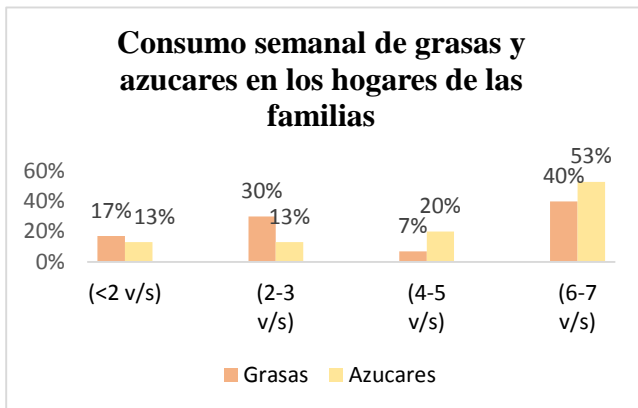
Fuente: Tabla N°16

Elaborado por: La Autora

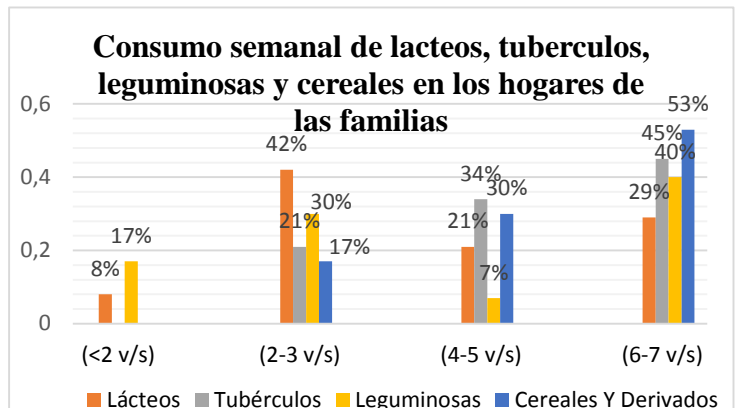


Fuente: Tabla N°16

Elaborado por: La Autora



Fuente: Tabla N°16
Elaborado por: La Autora



Fuente: Tabla N°16
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: La investigación realizada demuestra que en las familias encuestadas la frecuencia de consumo de alimentos por semana los resultados son los siguientes: el 80% de familias consumen leche y derivados de los cuales el 8% refiere un consumo eventual (< 2 veces/semana). El 100% de los hogares respondió consumir leguminosas, cereales y derivados encontrando un alto consumo de arroz, en cuanto al consumo de tubérculos se encontró un alto consumo de papas.

El 100% de las familias encuestadas consume verduras y frutas de las cuales el 43% y el 33% consumen < 2 veces/semana. El consumo de carnes el 43% de las familias consumen de 6-7 veces/semana, se encontró que más se consume es el pollo y existe un menor consumo de carne de res en lo que se refiere al consumo de pescado fue por lo menos de dos veces por semana. El 42% de las familias encuestadas consume algún tipo de embutidos y lo realizan de (2-3 v/s). El 40% de hogares refirió consumir algún tipo de grasas y lo consumen de 6-7 veces/semana, a la hora de preparar sus alimentos. Y finalmente el consumo de azúcar en las familias es el 100%, el 53% lo consumen de 6-7 veces/semana, en donde refirieron el consumo de azúcar morena y blanca frecuentemente. En general, en los hogares encuestados existe un consumo variado de alimentos, el bajo consumo de menos de 2 veces por semana de verduras y frutas, y el alto consumo semanal de 6-7 veces de carnes y embutidos, grasas y azúcar a la hora de preparar los alimentos etc. Indican que la alimentación de las personas está relacionada con el medio sociocultural y económico y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida.

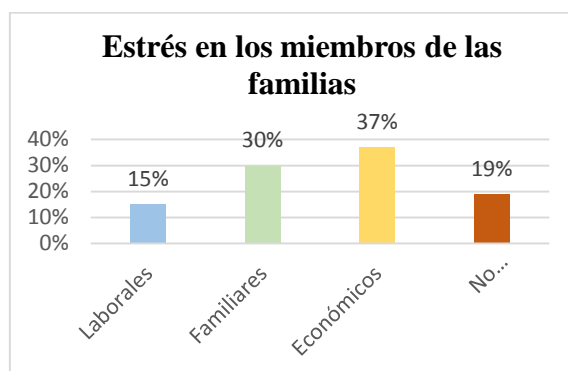
2. DETERMINANTES DE RIESGO AMBIENTAL: ESTRÉS

Tabla 17: Situaciones de estrés en los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Laborales	12	15%
Familiares	24	30%
Económicos	30	37%
No presenta estrés	15	19%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 17



Fuente: Tabla N°17
Elaborado por: La Autora

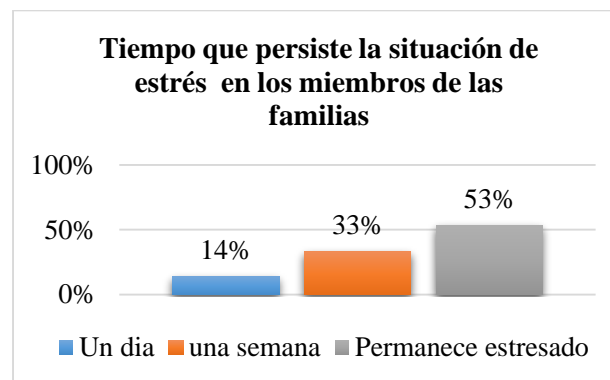
Análisis e Interpretación: Al analizar los determinantes de riesgo ambiental el estrés en los miembros de las familias encuestadas mayores de 18 años, respondieron presentar estrés por situación económica el 37%, por problemas familiares 30%, y problemas laborales el 15%. Ante una situación concreta de estrés en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos, mediados por la activación del sistema nervioso simpático. Estos cambios incluyen el aumento de la presión arterial, el estrés determina un incremento del gasto cardíaco por aumento de la frecuencia cardíaca. Finalmente, también el sistema nervioso central y el periférico han sido implicados en la cascada de acontecimientos que determinan el aumento de la Presión Arterial ante situaciones de estrés.

Tabla 18: Tiempo que persiste la situación de estrés en los miembros de las familias de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Un día	5	14%
Una semana	23	33%
Permanece estresado	38	53%
TOTAL	66	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 18



Fuente: Tabla N°18
Elaborado por: La Autora

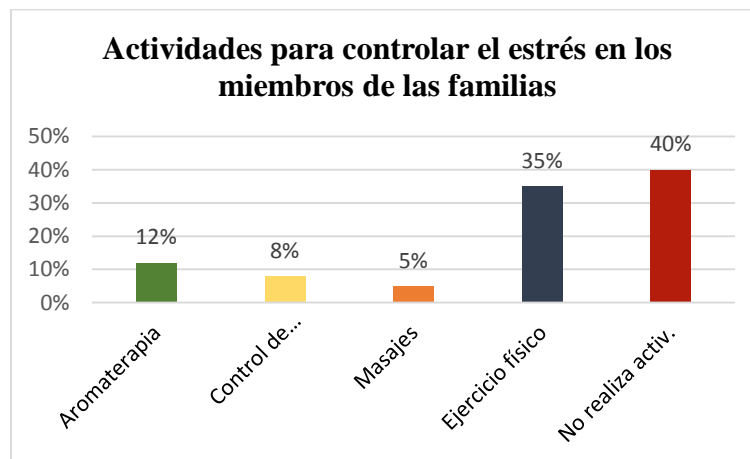
Análisis e Interpretación: En los miembros de familia que presentaron estrés, el 53% permanecen estresados. El estrés no puede eliminarse totalmente; es una reacción normal de las personas ante un evento externo, por lo que no es perjudicial en sí mismo. Cuando se hace inmanejable, se genera un desequilibrio que puede llevar a aumentar el riesgo cardiovascular.

Tabla 19: Actividades recreativas para controlar las situaciones de estrés en los miembros de las familias de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Aromaterapia	8	12%
Control de respiración	5	8%
Masajes	3	5%
Ejercicio físico	23	35%
No realiza activ.	27	40%
TOTAL	66	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel YambayYambay

Gráfico 19



Fuente: Tabla N°19
Elaborado por: La Autora

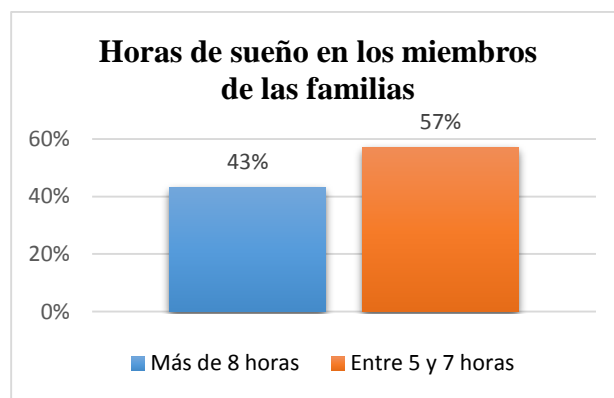
Análisis e Interpretación: en la mayoría de personas encuestadas que presentaron alguna situación de estrés, el 35%, realizan ejercicio físico como una alternativa para disminuir o controlar la situación de estrés, mientras que el 40% de las personas encuestadas no realizan ninguna actividad para controlar el estrés, siendo este un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares el estrés tratado y superado disminuye este riesgo.

Tabla 20: Horas de sueño en los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Más de 8 horas	35	43%
Entre 5 y 7 horas	46	57%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 20



Fuente: Tabla N° 20
Elaborado por: La Autora

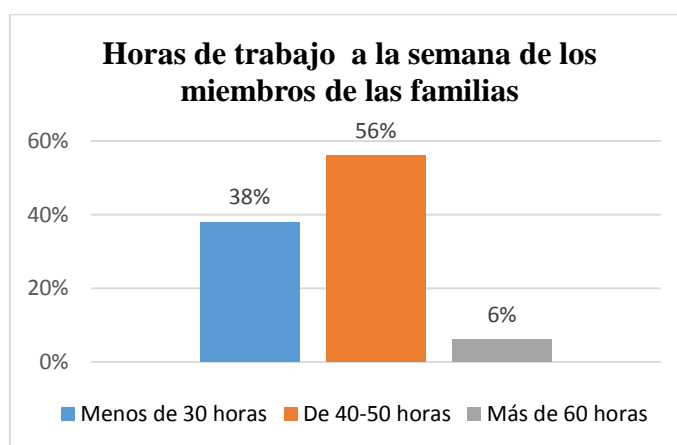
Análisis e Interpretación: Al analizar las horas de sueño de los miembros de las familias encuestadas se encontró que en la mayoría el 57% duerme entre 5 y 7 horas, una persona que duerme menos de seis horas diarias aumenta su presión arterial sistólica hasta 132mmHg (cuando lo ideal es estar por debajo de 120). Estudios epidemiológicos indican que la falta de sueño puede desempeñar un papel en el aumento de la prevalencia de la diabetes y la obesidad.

Tabla 21: Horas de trabajo a la semana en los miembros de familia de los pacientes del club (18- 65 años)

ITEM	Frecuencia	%
Menos de 30 horas	31	38%
De 40-50 horas	45	56%
Más de 60 horas	5	6%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 21



Fuente: Tabla N°21
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar las horas de trabajo a la semana se encontró que en los miembros de las familias encuestadas mayores de 18 años, el 6 % de los encuestados trabaja más de 60 horas a la semana. Pasar muchas horas en el trabajo se ha asociado típicamente al estrés, insatisfacción y a varios efectos adversos sobre la salud, tales como hipertensión, problemas musculares, diabetes, problemas de sueño, se asocia también a conductas poco saludables como dietas no equilibradas, disminución de la práctica de ejercicio o aumento del consumo de tabaco y alcohol, que, consecuentemente, incrementan del riesgo de padecer enfermedad cardiovascular en un futuro.

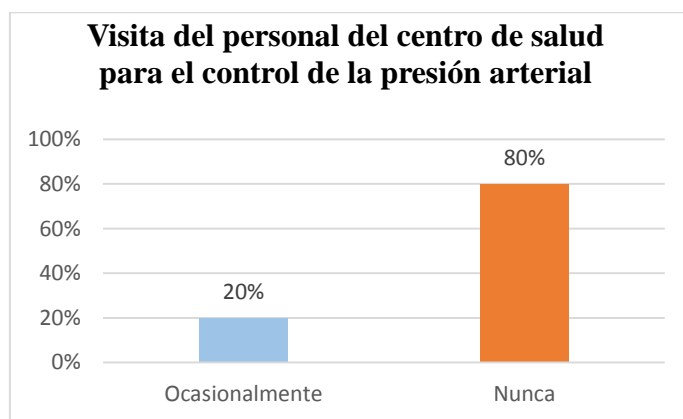
3. FACTOR ASISTENCIA SANITARIA

Tabla 22: Visita del personal del centro de salud para el control de la presión arterial en los hogares de las familias de los pacientes del club

ITEM	Frecuencia	%
Ocasionalmente	6	20%
Nunca	24	80%
TOTAL	30	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 22



Fuente: Tabla N°22
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación:

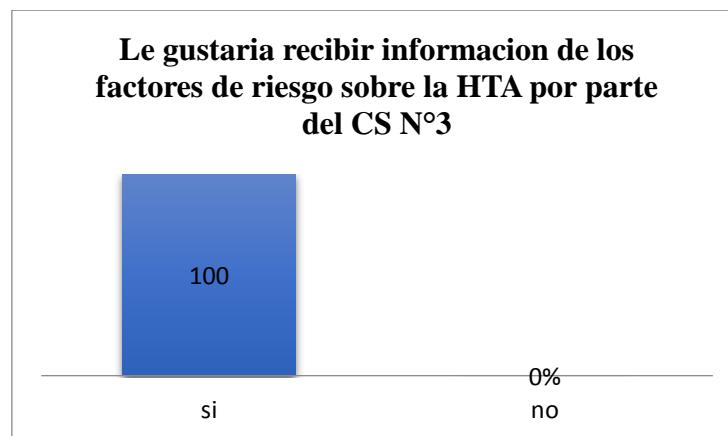
Con respecto a la visita del personal del centro de salud para el control de la presión arterial a las familias llama la atención que el 80% de los hogares respondió que nunca han recibido la visita del personal del centro de salud. Las actividades de prevención y promoción de la salud son parte integrante de la Atención Primaria. La sociedad actual presenta nuevos perfiles biológicos, conductuales y epidemiológicos. Todo ello conlleva la necesidad de rediseñar prácticas y asistencias para priorizar la promoción y la prevención de la Hipertensión Arterial.

Tabla 23: Le gustaría recibir información de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial por parte del personal del centro de salud

ITEM	Frecuencia	%
Si	30	100%
No	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 23



Fuente: Tabla N°23
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar a los hogares encuestados sobre si les gustaría recibir información de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial por parte del personal del Centro de Salud la respuesta en la mayoría 100% fue de que si les gustaría recibir información, lo que demuestra el interés que tienen las familias en la educación para su salud, y la prevención de la Hipertensión Arterial.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS NUEVOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ITEM	Frecuencia	%
Masculino	14	24%
Femenino	45	76%
TOTAL	59	100%

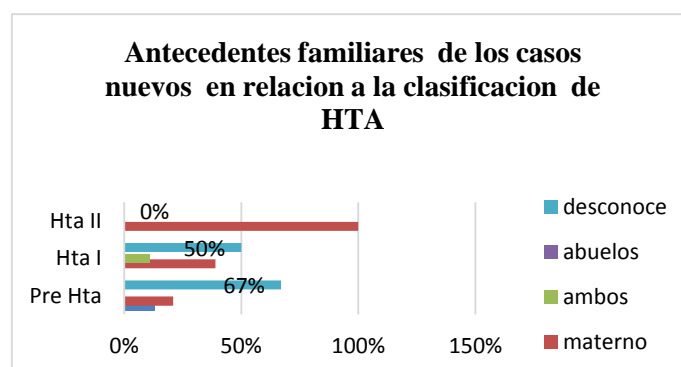
TASAS DE HTA	Total	Tasa
Prevalencia	59	73%
Incidencia	59	73%
Morbilidad	59	73%
Mortalidad en los 10 últimos años por HTA	23	28.3%

Tabla 24: Antecedentes Familiares de los casos nuevos de Hipertensión Arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%	Hta II	%
Paterno	5	13%	0	0%	0	0%
Materno	8	21%	7	39%	2	100%
Ambos	0	0%	2	11%	0	0%
Abuelos	0	0%	0	0%	0	0%
Desconoce	26	67%	9	50%	0	0%
TOTAL	39	100%	18	100%	2	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel YambayYambay

Gráfico 24



Fuente: Tabla N°24

Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar los antecedentes familiares de los casos nuevos en relación a la clasificación de hipertensión arterial, se encontró que el 67% de prehipertensos, y el 50% de casos de HTA estadio I, desconocen algún tipo de

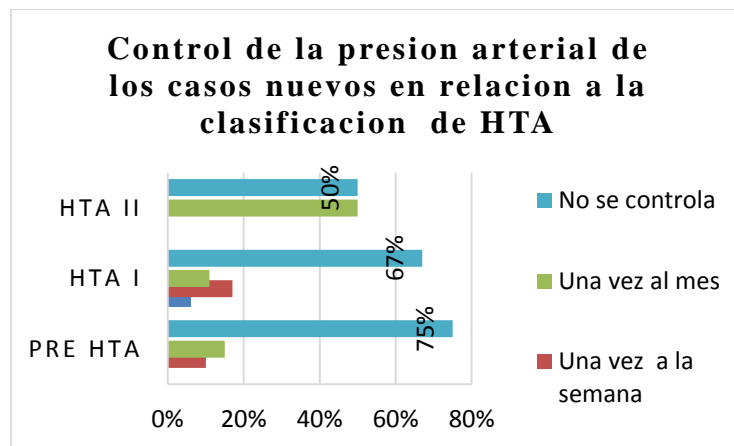
antecedente familiar. La predisposición a desarrollar hipertensión arterial está vinculada a que un familiar de primer grado tenga esta patología. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, la evidencia científica ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

Tabla 25: Frecuencia control de la presión arterial de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%	Hta II	%
Diario	0	0%	1	6%	0	0%
Una vez a la semana	4	10%	3	17%	0	0%
Una vez al mes	6	15%	2	11%	1	50%
Una vez al año	0	0%	0	0%	0	0%
No se controla	29	75%	12	67%	1	50%
TOTAL	39	100%	18	100%	2	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 25



Fuente: Tabla N 25
Elaborado por: la Autora

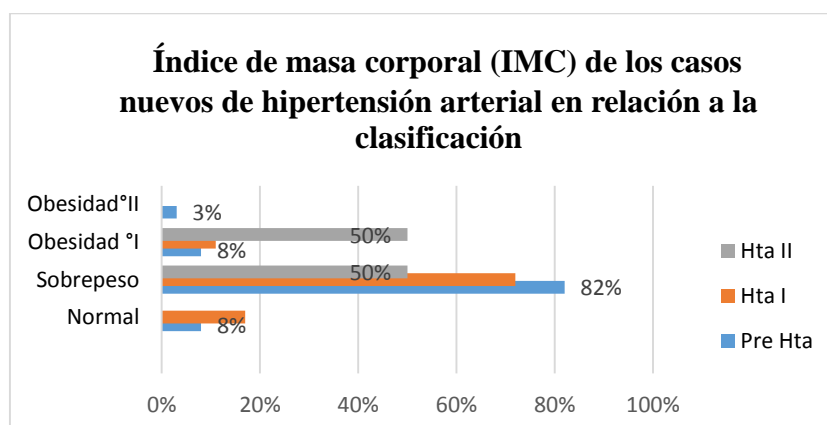
Análisis e Interpretación: Al analizar el control de la presión arterial se encontró que el 75% de prehipertensos y el 67% que presentan HTA estadio I, no se controla su presión arterial. Por este motivo el control es un punto de partida para la disminución de la morbilidad y mortalidad por diferentes afecciones tales como las enfermedades cerebrovasculares, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca entre otras.

Tabla 26: Índice de masa corporal (IMC) de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%	Hta II	%
Normal	3	8%	3	17%	0	0%
Sobrepeso	32	82%	13	72%	1	50%
Obesidad °I	3	8%	2	11%	1	50%
Obesidad °II	1	3%	0	0%	0	0%
TOTAL	39	100%	18	100%	2	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 26



Fuente: Tabla N°26
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión en relación al Índice de Masa Corporal encontramos que el 82% de prehipertensos y el 72% de casos de HTA estadio I, presentan sobrepeso, y el 8% de personas que registraron prehipertensión presentan Obesidad °I. Mientras que la hipertensión aumenta la precarga del ventrículo izquierdo, la obesidad incrementa el volumen sistólico y de precarga y como consecuencia, el corazón se adapta con hipertrofia del ventrículo excéntrica. Los hipertensos obesos tienen además un grave peligro de insuficiencia cardíaca congestiva y muerte súbita.

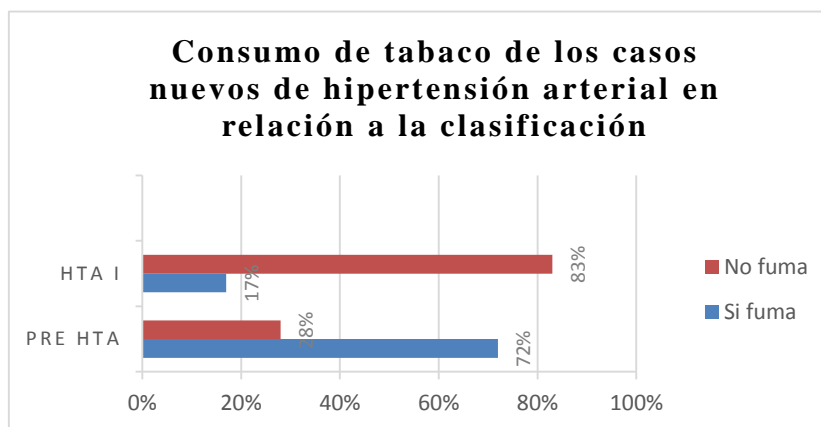
Tabla 27: Consumo de tabaco de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%
Si fuma	28	72%	3	17%
No fuma	11	28%	15	83%
TOTAL	39	100%	18	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 27



Fuente: Tabla N°27

Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión en relación al consumo de tabaco, encontramos que el 72% de prehipertensos si consumen tabaco, Este consumo de tabaco aumenta la secreción de catecolaminas y el trabajo cardíaco, la frecuencia del corazón y la tensión arterial. El abandono del consumo de tabaco es una recomendación obligada para los hipertensos, cuya aplicación, al igual que las demás medidas no farmacológicas, debe ser paulatina y con ayuda de los medios de soporte necesarios.

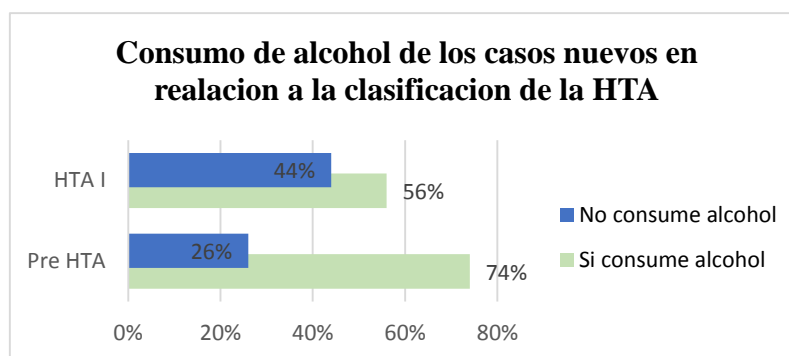
Tabla 28: Consumo de alcohol de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%
Si consume alcohol	29	74%	10	56%
No consume alcohol	10	26%	8	44%
TOTAL	39	100%	18	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 28



Fuente: Tabla N°28

Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión encontramos que el 74% de pre hipertensos y el 56% de personas que presentan HTA estadio I si consumen alcohol. Moderar el consumo de alcohol en las personas hipertensas disminuye de 2 – 4 mmHg. de presión arterial.

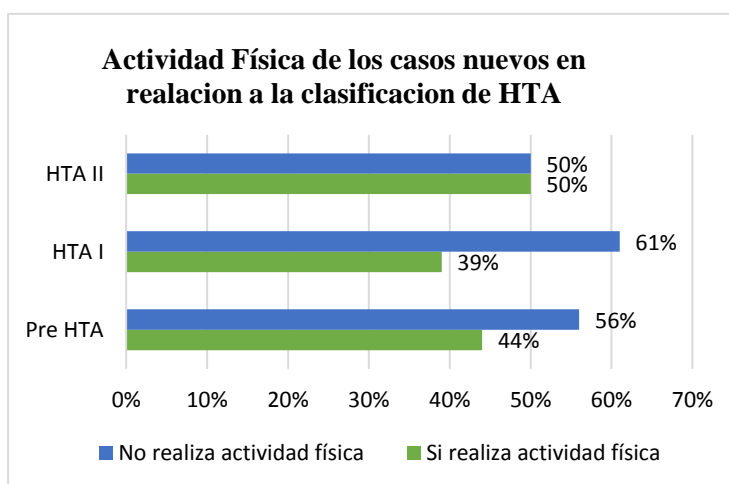
Tabla 29: Actividad física de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%	Hta II	%
Si realiza actividad física	17	44%	7	39%	1	50%
No realiza actividad física	22	56 %	11	50%	1	50%
TOTAL	39	100%	18	100%	2	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 29



Fuente: Tabla N°29

Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión en relación a la actividad física encontramos que el 56% de prehipertensos no realiza actividad física al igual que 61% y 50% de personas que presentan HTA estadio I y II. Ejercicios como caminar, bailar, correr, nadar, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana. Pueden llegar a reducir los valores de tensión arterial en personas hipertensas hasta situar sus valores dentro de la normalidad.

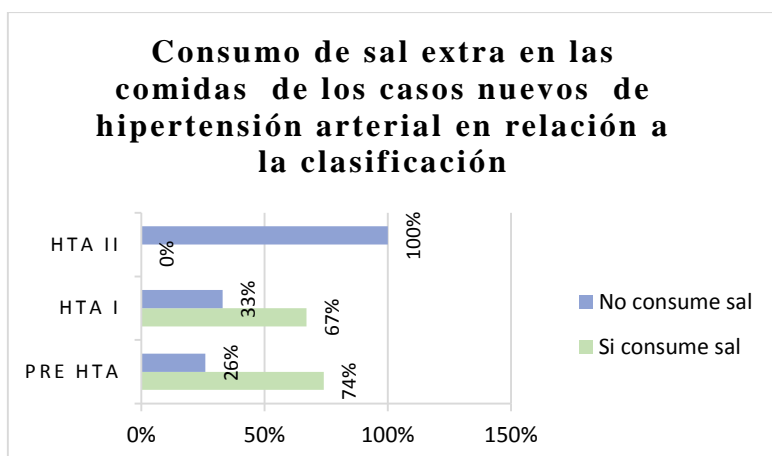
Tabla 30: Consumo de sal extra en las comidas de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%	Hta II	%
Si consume sal	29	74%	12	67%	0	0%
No consume sal	10	26%	6	33%	2	100%
TOTAL	39	100%	18	100%	2	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 30



Fuente: Tabla N°30

Elaborado por: La Autora

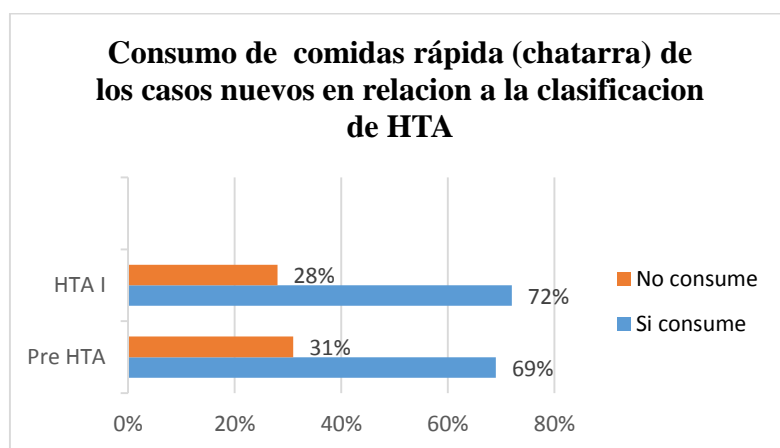
Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión en relación al consumo de sal extra en los alimentos servidos en la mesa del hogar, encontramos que 74% de prehipertensos en relación al 67% de HTA estadio I, si consumen sal extra, siendo un factor de riesgo importante para el desarrollo de posibles complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial.

Tabla 31: Consumo de comidas rápidas (chatarra) de los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%
Si consume	27	69%	13	72%
No consume	12	31%	5	28%
TOTAL	39	100%	18	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 31



Fuente: Tabla N°31
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión en relación al consumo de comida chatarra, encontramos que el 69% de prehipertensos en relación al 72% de personas con HTA estadio I, refirieron consumir alguna clase de alimentos de consumo rápido o chatarra. La comida rápida es, hoy en día, una comida muy consumida gracias a sus intensos sabores, y su facilidad para adquirirla, si bien este tipo de alimento conlleva al sobrepeso y obesidad, que hacen que no sea aconsejable su consumo habitual. Entre estas características destaca su abundancia en grasas saturadas y colesterol.

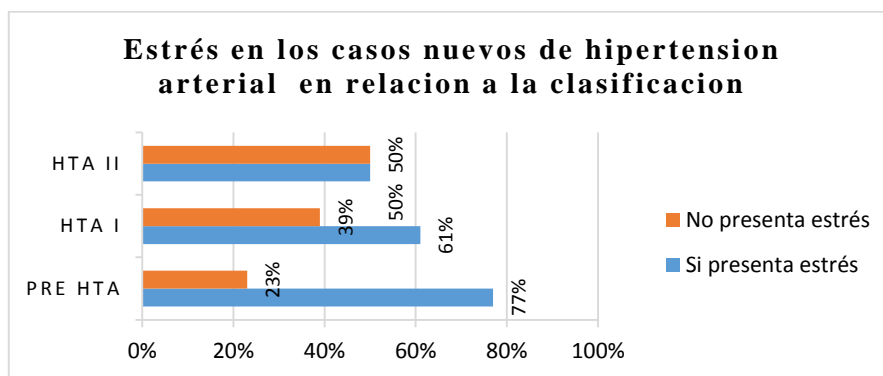
Tabla 32: Estrés en los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%	Hta II	%
Si presenta estrés	30	77%	11	61%	1	50%
No presenta estrés	9	23 %	7	39%	1	50%
TOTAL	39	100%	18	100%	2	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3

Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 32



Fuente: Tabla N°32

Elaborado por: La Autora

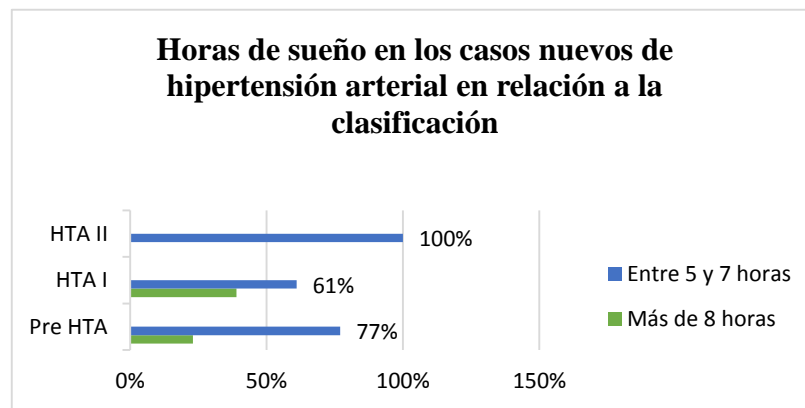
Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión en relación al estrés, encontramos que el 77% de prehipertensos en relación al 61% de los casos de HTA estadio I, presentan alguna situación de estrés. Las tensiones emocionales mantenidas o reiteradas pueden desencadenar reacciones vasopresoras con hipertensión arterial. Dichas tensiones suelen estar condicionadas por múltiples factores, que van desde la personalidad hasta el régimen socioeconómico en que se vive.

Tabla 33: Horas de sueño en los casos nuevos de hipertensión arterial en relación a la clasificación

ITEM	Pre HTA	%	Hta I	%	Hta II	%
Más de 8 horas	9	23%	7	39%	0	0%
Entre 5 y 7 horas	30	77%	11	61%	2	100%
TOTAL	39	100%	18	100%	2	100%

Fuente: Entrevista dirigida a las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del CS N°3
Elaborado por: Nancy Isabel Yambay Yambay

Gráfico 33



Fuente: Tabla N°31
Elaborado por: La Autora

Análisis e Interpretación: Al analizar los casos nuevos de hipertensión en relación a las horas de sueño, encontramos que el 77% de prehipertensos duermen entre 5 y 7 horas, esto puede deberse porque presentan alguna situación de estrés que afecta sus horas de sueño.

4.1. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

En la Hipótesis se planteó si existe o no relación entre la prevalencia de determinantes de riesgo y el perfil epidemiológico de las familias de los pacientes hipertensos atendidos en el club del centro de salud N.-3

Dentro de las determinantes de riesgo social en las familias el 43 % de personas se dedican a los Quehaceres domésticos Entre las determinantes de riesgo Biológico se encontró que el 68% corresponden al género femenino y el 32% masculino, el 46% están en edades de 40-64 años de edad, el sobrepeso en las familias fue del 43%.

Entre las determinantes de riesgo conductual, el 38% si consumen tabaco y el 48% consumen alcohol; el 57% no realiza algún tipo de actividad física, el consumo de sal extra en las comidas servidas en la mesa del hogar fue del 51 %.

El Estrés en los miembros de las familias encuestadas fue del 82%. En el Factor asistencia sanitaria el 80% de los hogares no ha recibido la visita del personal del Centro de Salud N°3 para el control de la presión arterial.

Se identificó el perfil epidemiológico: la prevalencia de la hipertensión es alta el 73% de personas si presenta hipertensión es decir 7 de cada 10 la padecen. Los casos nuevos identificados de hipertensión, fueron el 24% son hombres y 76% son mujeres, se identificó que la prehipertension es mayor en los hombres 50% que en las mujeres con el 47%. Se encontró relación de los casos nuevos de personas hipertensas con la clasificación de la hipertensión arterial: en las personas que presentaron prehipertension se detectó que el 82% presenta sobrepeso, el 72 % consume tabaco, el 74% consume alcohol, 56% no realiza actividad física, el consumo de sal fue del 74%, el 69% consume algún tipo de comida rápida o chatarra, y 73% presenta alguna situación de estrés.

Por tanto se acepta la Hipótesis de investigación: “La prevalencia de determinantes de riesgo influyen en el perfil epidemiológico de las familias de los pacientes hipertensos atendidos en el club del centro de salud N°3 del distrito 0601Chambo-Riobamba en el periodo Junio – Noviembre del 2014.”

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- A través de este estudio se identificó que las determinantes de riesgo Social en las familias de los pacientes del Club de Hipertensos del Centro de Salud N° 3, fue: el 43 % de personas se dedican a los Quehaceres Domésticos, el 44% tiene instrucción educativa básica. Entre las determinantes de riesgo Biológico en las familias, se identificó que el 68% corresponden al género femenino y el 32% masculino, el 46% están en edades de 40-64 años de edad, el sobrepeso en las familias fue del 43%.

Entre las determinantes de riesgo conductual (Estilo de Vida), se identificó que en los miembros de las familias, el 38% si consumen tabaco y el 48% consume alcohol; el 57% no realiza algún tipo de actividad física, el consumo de sal extra en las comidas servidas en la mesa del hogar fue del 51 %. En el consumo de alimentos por semana en las familias fue menos de 2 veces por semana de verduras y frutas, y el alto consumo semanal de 6- 7 veces, de carnes y embutidos, grasas y azúcar a la hora de preparar los alimentos.

Entre las Determinantes de Riesgo Ambiental se identificó que el Estrés en los miembros de las familias encuestadas fue del 82%, El 54% de las familias investigadas trabaja de 40- 50 horas a la semana, el 57 % duerme entre 5 y 7 horas. Se identificó que en el Factor asistencia sanitaria el 80% de los hogares no ha recibido la visita del personal del Centro de Salud N°3 para el control de la presión arterial.

- Se identificó el perfil epidemiológico en los casos nuevos de hipertensión el 24% son hombres y 76% son mujeres, la prehipertension es mayor en los hombres 50% que en las mujeres con el 47%. Los casos identificados de prehipertensión se relacionan con el sobrepeso y los factores de riesgo conductual: consumo de

tabaco, alcohol, actividad física, consumo de comida sal extra, de alimentos o comida chatarra, del factor ambiental estrés y las horas de sueño. En las familias investigadas, la tasa de morbilidad por hipertensión fue de 73%, y la tasa de mortalidad por hipertensión fue del 28.3%, en los últimos 10 años. La prevalencia de la hipertensión fue del 73%.

- Se diseñó una guía de promoción de la salud y prevención de la hipertensión arterial con enfoque familiar, para que las familias de los pacientes del club de hipertensos del CSN°3, se informen sobre la hipertensión arterial.

5.2. RECOMENDACIONES

- Al Equipo de Salud del Centro de Salud N°3 médico, enfermera, estudiantes, etc. deben realizar actividades extramurales a través de visitas domiciliarias, fomentando entornos saludables, promoviendo prácticas y estilos de vida saludables en la población priorizar la educación alimentaria y nutricional; impulsar una intervención intersectorial para la promoción de la salud, campañas informativas sobre prácticas saludables, enfocados en las determinantes de riesgo que influyeron en los miembros de las familias de los pacientes del club de hipertensos, para evitar que la prevalencia de la hipertensión arterial aumente notablemente en la población.
- Al Equipo de Salud del Centro de Salud N°3, fortalecer la vigilancia epidemiológica de los eventos de morbilidad y mortalidad por hipertensión arterial actualizando información sobre los casos registrados como nuevos y de personas que presentaron prehipertension en esta investigación, de los miembros de las familias de los pacientes del club.
- A la/os estudiantes de enfermería de la UNACH, para que continúen con nuevas investigaciones a través del departamento de vinculación con la sociedad, para determinar otros factores de riesgo y comorbilidades en las familias de los pacientes del club, para intervenciones tanto de promoción de prevención, tratamiento y rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

- C Martín Escudero y otros. (04 de 05 de 2007). *Prevalencia, grado de detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en población general*. Recuperado el 16 de 04 de 2014, de www.elsevier.es/.../hipertension.../prevalencia-grado-deteccion-tratamiento-
- Díez, F. B. (23 de 11 de 2011). *Determinantes medioambientales de la salud*. Recuperado el 11 de 10 de 2014, de http://www.fgcasal.org/fgcasal/database/documentos/FGC-FAreces_Ferran.pdf.
- Enfermedades Crónicas no Transmisibles. (2011). Hipertension. En MSP, *Manual de Enfermedades Crónicas no Transmisibles* (págs. 40-49). QUITO.
- MAIS 2012. (s.f.). Determinantes de Riesgo. En MSP, *Marco legal y normativo relacionado al sector salud* (págs. 29-32). Quito.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

- Aguirre1, M. V. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención*. *scielo*, 237-241.
- Ana, Agudo. (08 de 2008). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, en los trabajadores del Hospital José Carrasco Arteaga*. Recuperado el 10 de 09 de 2014, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/18974>.
- AYALA, A. G. (Noviembre de 2011). *Manifestaciones Oculares de La diabetes y la hipertensión arterial*. Recuperado el 10 de Abril de 2015, de Manifestaciones Oculares de La diabetes y la hipertensión arterial : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90062279&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=170&accion=L&origen=zona-delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v30n06a90062279pdf001.pdf
- Blog Atención Primaria. (11 de 11 de 2007). *Salud Familia*. Recuperado el 11 de 10 de 2014, de <http://cambiodemodelo.blogspot.com/2007/11/determinantes-de-la-salud-distintas.html>.
- CIE . (2006). *Código Deontológico del CIE para el Profesional De Enfermería*. Recuperado el 21 de Marzo de 2014, de medi.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/14_codigo_deontologico.pdf.

- Echenque, S. (10 de 05 de 2013). *Promocion de la Salud*. Recuperado el 10 de 04 de 2014, de es.wikipedia.org/wiki/Enfermería_comunitaria.
- Enfermería Familiar y Social. (28 de 04 de 2011). *Modelos y teorías de enfermería para la atención a la familia*. Recuperado el 20 de 07 de 2014, de <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria-->.
- Estadísticas. (2013). *Informe de casos de hipertension y diabetes*. Riobamba.
- (14 de Noviembre de 2013). Estadísticas hipertensos CS N.- 3 .
- estadísticas por el día mundial de la salud. (07 de 04 de 2013). *INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA*. Recuperado el 18 de 08 de 2014, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf>.
- Ferreira, R. (27 de Agosto de 2010). *FISIOPATOLOGÍA DE LA HTA ESENCIAL*. Recuperado el Abril de 2014, de FISIOPATOLOGÍA DE LA HTA ESENCIAL: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=14532>
- GELMI, A. Q. (Agosto de 2011). http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_PLAN_COMUNAL_DE_SALUD_SAN_FELIPE/PPT07.pdf. Obtenido de Determinates Sociales de Salud.
- GEOSALUD. (2009). *Complicaciones de la Hipertension*. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de http://www.geosalud.com/hipertension/HTA_complicaciones.htm.
- Gómez, D. M. (Septiembre de 2007). <http://zamudio.org.mx/epi5.pdf>. Obtenido de Determinantes de salud.
- González, S. L. (11 de 05 de 2010). *Tema 1. Introducción a la Promoción de la Salud*. Recuperado el 10 de 04 de 2014, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/introduccion>.
- Guía de practica Clínica. (Junio de 2007). *Diagnostico y Tratamiento de la Hipertension Arterial en el primer nivel de Atencion*. Recuperado el 14 de Marzo de 2014, de www.cvsp.cucs.udg.mx/...HIPERTENSION_ARTERIAL/IMSS_076_08_G...
- Guías Latinoamericanas de HTA. (2010). Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Bagliv. *Revista Chilena de Cardiología*, Vol. 29 N°1.
- Hoyos•, I. G. (6 de 10 de 2011). *El modelo de promoción de la salud*. Recuperado el 19 de 04 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>.

- INEC. (2010). *Ecuador en Cifras*. Recuperado el 12 de Febrero de 2014, de www.ecuadrencifras.gob.ec/wp-content/descargas/.../chimborazo.pdf.
- INEC. (2011). *Defunciones en Cifras*. Recuperado el 02 de febrero de 2014, de www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com.
- INEC. (abril de 2013). *Análisis Revista Coyuntural*. Recuperado el 20 de enero de 2014, de <http://www.inec.gov.ec/inec/revistas/analisis.pdf>.
- Ingaramo, A. (Agosto de 2010). *Estrés Mental e Hipertensión Arterial*. Recuperado el 11 de Abril de 2015, de *Estrés Mental e Hipertensión Arterial*.
- Ingaramo, R. A. (s.f.). *Estrés Mental e Hipertensión Arterial*. Obtenido de Roberto A. Ingaramo.
- Junta de Andalucía. (28 de Agosto de 2013). *Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado el Abril de 2014, de *Determinantes Sociales de la Salud*: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
- JEFFERI C.TAMAYO . (2006). *HIPERTENSION ARTERIAL*. Recuperado el 12 de febrero de 2014, de webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_hipertens_arterial.pdf.
- L. Fernández a, * . L. (2010). Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión. *ELSEVIER DOYMA*, 41-42.
- Márquez, S. (Junio de 2012). *FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL*. Recuperado el Abril de 2015, de *FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL*: <http://www.patologiafcm.com.ar/wp-content/uploads/downloads/2011/12/Hipertensi%C3%B3n-arterial-2012.pdf>
- Martell, D. N. (16 de 05 de 2014). Hipertensión - Todas las noticias de hipertensión HTA ,la tensión alta. *La hipertensión arterial afecta al 40 % de los adultos* .
- MedlinePlus. (13 de Diciembre de 2012). *Factores de riesgo cardiovascular*. Obtenido de http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm.
- Medynet. (2009). *Hipertension Arterial*. Recuperado el 14 de Marzo de 2014, de www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../htaurg.pdf.
- Mendes, A. M. (8 de Agosto de 2011). *La Salud y la Enfermedad:Aspectos biológicos y sociales*. Obtenido de *La Salud y la Enfermedad:Aspectos biológicos y sociales*.: [ww.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_09/bibliografia_basica_09b.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_09/bibliografia_basica_09b.pdf)

- Moiso, A. (03 de 04 de 2007). *DETERMINANTES DE LA SALUD*. Obtenido de http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_6.pdf.
- MSPGaceta Epidemiológica Ecuador . (2012). *Anuario de Vigilancia Epidemiologica Enfermedades Crónicas*. Recuperado el 12 de Febrero de 2014, de www.salud.gob.ec/tag/sive-alerta/.
- Nelly, A. (15 de 07 de 2012). *Acerca de Nosotros: repositorio.utn.edu.ec*. Recuperado el 20 de 09 de 2014, de repositorio.utn.edu.ec Web Site: www.repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/2/ARTICULO%20CIENTIFICO.pdf
- OMS . (07 de Abril de 2013). *Día Mundial de la Salud 2013 Hipertension*. Recuperado el 30 de enero de 2014, de <http://www.paho.org/hipertension/>.
- OMS. (Agosto de 2011). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/.
- OMS. (2012). *Información general sobre La hipertension en el mundo*. Recuperado el 20 de 10 de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1.
- OMS 2013. (s.f.). Sintomas de la Hipertension. En 2. Organización Mundial de la Salud, *Información general sobre la Hipertension en el Mundo* (págs. 18-20). Suiza: WHO Document Production Services,.
- OPS. (Enero de 2010). *Prevención, Detección, Evaluación Y Tratamiento de HTA*. Obtenido de Prevención, Detección, Evaluación Y Tratamiento de HTA: www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (07 de Abril de 2013). *Día Mundial de la Salud 2013 Hipertension*. Recuperado el 30 de enero de 2014, de <http://www.paho.org/hipertension/>.
- Osana Molerio Pérez . (9 de Diciembre de 2009). *El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hie07105.htm.
- Pérez., O. M. (2010). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Universidad Central de Villa Clara*.
- Quintero, M. d. (Diciembre de 2007). *Acerca de nosotros:Tres concepciones practicas del proceso salud enfermedad*. Obtenido de

http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf:

http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf

- Redalyc. (Agosto de 2009). *cuidado en la práctica profesional de enfermería*. Recuperado el 21 de Marzo de 2014, de www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf.
- Revista científica de Enfermería. (20 de 06 de 2007). *Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales*. . Recuperado el 20 de 09 de 2014, de http://www.fuden.es/originales_obj.cfm?id_original=122&paginacion=11.
- Revista de Investigaciones CUIDARTE. (15 de Noviembre de 2011). *ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA INVESTIGACION CLINICA*. Recuperado el 14 de Marzo de 2014, de <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/65/Reflexion5.pdf>.
- Robles, B. H. (Septiembre de 2011). *Factores de riesgo para la hipertensión arterial*. Recuperado el Abril de 2015, de Factores de riesgo para la hipertensión arterial: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>
- Rodés, J. M. (2007). El estilo de vida como determinante de la salud. En J. M. Rodés Juan, *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y de la Fundación* (págs. 65-72). España: Fundación BBVA,.
- Sarmiento, P. (20 de Marzo de 2010). *Hipertensión arterial, un enemigo peligroso* . Recuperado el 10 de Abril de 2015, de Hipertensión arterial, un enemigo peligroso : <http://www.medigraphic.com/pdfs/acimed/aci-2009/aci093g.pdf>
- Teorías y modelos en enfermería. (10 de Abril de 2010). *Dorothea E. Orem*. Recuperado el 12 de febrero de 2014, de teorias-modelos.blogspot.com/2010/06/dorothea-e-orem.html.

ANEXOS

ANEXO 1

NÓMINA DE PACIENTES

NOMINA DE LAS/OS MIEMBROS DEL CLUB DE HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD N°3

Nombres y Apellidos	Dirección	Numero de Teléfono
1. Flor Robalino	Barrio la Libertad	032922057
2. Zoila Romero	Calle África y Collapamba Barrio Fausto Molina	032947623
3. Bertha Esparza	Calle Juan Félix Proaño 1936	032628169
4. Mercedes Córdova	Morona y Chile	032953162
5. Leonardo Robalino	Barrio Pucara MZ E Casa n°15	032967149
6. Sonia Cabrera	Barrio Fausto Molina Bolívar Bonilla y Collapamba	032942216
7. Teresa Yerovi	Pantus Vía a Licto	3021826
8. Susana Pilco	Calle Milán y Marcella	0986204992
9. Gladys Guadalupe	Calle África y San Juan	032947842
10. Elvia Godoy	Av. Circunvalación sector vasija	0994758241
11. Olga Ayala	Calle Cordovez y Morona	2376072
12. María Ayala	Madrid y 10 Agosto	032628846
13. Miriam Aguilar	Barrio Santa Anita	2628113
14. Leonor Cazorla	Calle Costa Rica y Honduras	0992822611
15. Anita Villafuerte	Calle África Mz 19 Casa15	
16. Lilia Mejía	Calle Rumania sector colegio Hispano América	2626395
17. Teresa Padilla	Chambo Comunidad Airoyuzo	0983162617
18. Romelia Morales	Barrio el Florecer	
19. Fanny Santillán	Calle Londres y Viena	
20. Noemí Oñate	Calle Argentinos 1638 y Alvarado	032954968
21. Esthela Gómez	Barrio Jardines del Valle	032624067
22. Luisataxi Rosa	Barrio San Rafael calle 10 de agosto y Ámsterdam	032628213
23. Lucila Moran	Barrio La Paz Meraldo y Loja	032945489
24. Enma Ibarra	Av. Leopoldo Freire	032953493
25. Leonor Cabrera	Barrio Fausto Molina	032942216
26. Armido Quinzo	Calle 10 Agosto y Viena	032628450
27. Luisa Pincay	Barrio Pucara	0990533362
28. Aida González	Barrio los Altares	032626840
29. Sara Almeida	Barrio Fausto Molina	032948030
30. Rosario Valencia	Barrio Fausto Molina	032947677

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS FAMILIAS

Título de la investigación: Determinantes de Riesgo y Perfil Epidemiológico de las familias de los pacientes del club de Hipertensos del Centro de Salud N°3 Chambo- Riobamba.

Organización del investigador: Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH) Carrera de Enfermería.

Nombre del investigador principal: Nancy Isabel Yambay Yambay

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre Determinantes de Riesgo y Perfil Epidemiológico de las familias de los pacientes del club de Hipertensos del Centro de Salud N°3 Chambo- Riobamba. Porque La Hipertensión Arterial, siendo una enfermedad silenciosa causa de muerte de la población , en donde es importante que , se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida saludables .Los factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, inadecuada alimentación caracterizada por el excesivo consumo de grasas saturadas y alimentos altos en energía contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad que junto al sedentarismo conllevan al deterioro de la salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades.

Pido su colaboración y participación en esta investigación donde se preguntara sobre acciones que realiza diariamente para su bienestar personal. Estilo de vida hábitos, alimentación, ejercicio, además se procederá a evaluar el peso, talla, y la medición de la presión arterial. Para lo cual se aplicara un formulario preguntas y que serán respondidas en un tiempo aproximado de 30 minutos.

El formar parte del estudio es de su libre decisión y está en libertad de dejar de participar en cualquier momento que así lo desee sin que lo perjudique en ninguna forma, la participación en esta investigación no ofrece ninguna compensación económica o pago, tampoco tendrá costo para Usted y o su familia ya que es totalmente gratis.

Yo _____ (jefe/a de familia) Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Riobamba,.... de..... 2015

Firma o huella digital de la participante

Firma del investigador

ANEXO 3

ENTREVISTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Nombres y Apellidos	1.3 REGIMEN ALIMENTARIO																			
	¿Usted desayuna, almuerza y merienda a las mismas horas?			¿Le agrega sal extra a sus comidas preparadas?					¿Consumo productos que contengan alta cantidad de azúcar como (gaseosas, postres incluidos pasteles, chocolate, galletas, etc.)?				¿Consumo comidas rápidas como (pizza hamburguesa, salchipapas, snacks, etc.)?				Come Usted Fuera de Casa			
	Siempre	Ocasional mente	Nunca	Si	No	Poca Cantida d	Moderada Cantidad	Gran Cantidad	Si	No	Siempr e	Ocasional mente	Si	No	Siempr e	Ocasional mente	Si	No	Siempr e	Ocasionalment e
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

Con que frecuencia en la familia consumen los siguientes alimentos					
Grupo de Alimentos	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Eventual menos de 2v/s	No consume
	6-7v/s	4-5v/s	2-3v/s		
LACTEOS					
VERDURAS					
TUBERCULOS					
LEGUMINOSAS					
FRUTAS					
CEREALES Y DERIVADOS					
CARNES					
EMBUTIDOS					
GRASAS					
AZUCARES					

ANEXO 4

APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA

FOTORELATORIA:

Fotografía N° 1: Recolección de Información de las Direcciones de los Domicilios



Fotografía N° 2: Firma del Consentimiento informado previa a la Aceptación de la Entrevista



Fotografía N°4: Control de Peso y Talla (Cálculo de Índice Masa Corporal)



Fotografía N°4: Medición de la Presión Arterial



ANEXO 5

ÁRBOL DE PROBLEMAS

