



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

Dirección de Posgrado

Maestría en Salud Pública, Mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias

Proyecto de Tesis de Posgrado

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN EL CENTRO DE SALUD TIPO B 2 DEL DISTRITO DE
ESMERALDAS**

**Previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, mención
Atención Integral en Urgencias y Emergencias**

Línea de investigación:

Atención en Emergencias y Cuidados Críticos

Autora:

LCDA. ANGELICA IRASEMA CEDEÑO QUIÑONEZ

Asesora:

PhD. PALENCIA GUTIÉRREZ ESPERANZA MARBELLA

Mayo 2020

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título de **Magister en Salud Pública, Mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias**

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Título de Tesis: Estilos de vida saludables desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B 2 del Distrito de Esmeraldas.

Autora: Cedeño Quiñonez Angélica Irasema

PhD. Palencia Gutiérrez Esperanza Marbella
DIRECTORA DE TESIS

.....
LECTOR 1

.....
LECTOR 2

Mgt. Marilyn Vila Maffare
COORDINADORA DE MAESTRÍA

Ing. Alex David Guashpa
SECRETARIO GENERAL PUCESE

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **Cedeño Quiñonez Angélica Irasema**, portadora de la cédula de ciudadanía No. 0802373845, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de **Magister en Salud Pública, Mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

.....
Cedeño Quiñonez Angélica Irasema
C.I. 0802373845

CERTIFICACIÓN

Yo, **Palencia Gutiérrez Esperanza Marbella** en calidad de directora del TFM certifico que la estudiante Cedeño Quiñonez Angélica Irasema de la maestría de Salud Pública, Mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias ha culminado satisfactoriamente el TRABAJO DE FIN DE MÁSTER titulado: “Estilos de vida saludables desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B 2 del Distrito de Esmeraldas”, el cual cumple con los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles y que se han incorporado las sugerencias del Tribunal asignado por la PUCECE.

En Esmeraldas, _____ de 20_____.

.....
PhD. Palencia Gutiérrez Esperanza Marbella
DIRECTORA DE TESIS

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el don de vida a mí regalado, su guía y acompañamiento en todo instante de mi ser.

A mis padres, su valentía, entrega y dedicación, reflejando el sentimiento incondicional de un progenitor hacia sus vástagos. Gracias eternas, por su valimiento y enardecimiento conmigo en cada circunstancia de mi vida.

A mi esposo, en las vías de nuestras vidas, podemos ser interceptados por individuos que ilustran y aportan vivencias, convirtiéndose en apoyo para el desarrollo de planes y la consecución de los objetivos.

A mi hija, por la inspiración implementada en mi vida, irradiando amor, teniendo paciencia en momentos de ausencias originadas por trabajo y proceso estudiantil con la finalidad de mi desarrollo profesional.

A la asesora de tesis, un especial agradecimiento por su dedicación y entrega para guiarme, con respeto, impartiendo conocimientos, repercutiendo en la terminación del presente trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, por sus infinitas bendiciones durante toda de mi vida personal y profesional, sirviéndome de guía para poder estar en estas instancias. Permitiéndome disfrutar los triunfos y aprender de las vicisitudes.

A mis padres por estar a mi lado y ser esa mano y luz encaminadora, por ser parte de la etapa estudiantil y de vida.

A mi princesas y esposo, quienes han sido el motor y respaldo, proporcionadores del amor, comprensión y ahínco necesario en momentos de flaquezas, por su apoyo durante mi ausencia.

A los catedráticos, por sus enseñanzas, dedicación, compromiso y vocación al impartir y transmitir sus conocimientos, necesarios para mi formación profesional.

RESUMEN

El abordaje de los estilos de vida que llevan a diario las personas desempeña un rol importante, tomando en cuenta su incidencia como factores modificables en la salud. Es por lo que, el presente estudio se planteó como objetivo analizar los estilos de vida saludables desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B “2” del Distrito de Esmeraldas; desarrollando una investigación de tipo cuantitativa, con un diseño transversal y de alcance descriptivo. La muestra estuvo constituida por 124 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, a quienes se les aplicó un cuestionario que constó de 6 secciones.

Obteniendo como resultados que el 54% de la muestra estuvo representada por el sexo masculino, en la identidad étnica los afroecuatorianos/as representaron el 37% de la muestra; en el nivel de percepción sobre los factores de riesgos y su relación con los estilos de vida se reflejó que el 54% poseen un nivel regular, el 27% un nivel bueno y el 19% presentaron un nivel deficiente; al determinar el tipo de actitudes de los pacientes en sus prácticas y promoción de estilos de vida saludables, el 53% presentó una actitud regular, el 25% presentaron un nivel bueno en referencia a sus actividades y el 22% se determinó como deficiente acorde a las puntuaciones asignadas. Concluyendo que se valora de manera positiva la práctica de estilos de vida saludables, además de que existe una relación con su nivel de conocimientos.

Palabras clave: estilo de vida saludables; percepción; pacientes; hipertensión arterial.

ABSTRACT

The approach to the lifestyles that people keep a diary plays an important role, taking into account their incidence as modifiable factors in health. For this reason, the objective of the present study was to analyze healthy lifestyles from the perspective of patients with a diagnosis of arterial hypertension in the Type B "2" Health Center of the Esmeraldas District; developing a quantitative research, with a cross-sectional design and descriptive scope. The sample consisted of 124 patients with a diagnosis of arterial hypertension, to whom a questionnaire consisting of 6 sections was applied.

Obtaining as results that 54% of the sample was represented by the male sex, in ethnic identity Afro-Ecuadorians represented 37% of the sample; In the level of perception about risk factors and their relationship with lifestyles, it was reflected that 54% have a regular level, 27% a good level and 19% have a deficient level; When determining the type of attitudes of the patients in their practices and promotion of healthy lifestyles, 53% presented a regular attitude, 25% presented a good level in reference to their activities and 22% that was determined as deficient according to assigned scores. Concluding that the practice of healthy lifestyles is positively valued, in addition to that there is a relationship with their level of knowledge.

Keywords: healthy lifestyle; perception; patients; arterial hypertension.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| TRIBUNAL DE GRADUACIÓN | 2 |
| DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD..... | 3 |
| CERTIFICACIÓN | 4 |
| AGRADECIMIENTO | 5 |
| DEDICATORIA | 6 |
| RESUMEN | 7 |
| ABSTRACT..... | 8 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 10 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 10 |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| Presentación del tema..... | 1 |
| Planteamiento del problema..... | 2 |
| Justificación..... | 4 |
| Objetivos | 5 |
| CAPÍTULO II..... | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 6 |
| 1.1. Bases teóricas-científicas | 6 |
| 1.2. Antecedentes | 9 |
| 1.3. Bases legales | 10 |
| CAPÍTULO III..... | 11 |
| MATERIALES Y MÉTODOS..... | 11 |
| 2.1. Tipo de Estudio | 11 |
| 2.2. Población y Muestra..... | 11 |
| 2.3. Definición conceptual y categorización de variables..... | 12 |
| 2.4. Métodos..... | 13 |
| 2.5. Técnicas e Instrumentos | 13 |
| 2.6. Análisis de Datos..... | 13 |
| 2.7. Normas Éticas. | 14 |
| CAPITULO III..... | 15 |
| RESULTADOS | 15 |
| CAPITULO IV | 21 |
| DISCUSIÓN | 21 |

| | |
|--|----|
| CAPITULO V | 24 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 24 |
| 5.1. Conclusiones: | 24 |
| 5.2. Recomendaciones..... | 24 |
| REFERENCIAS | 26 |
| ANEXOS | 29 |
| Anexo B. Categorización de variables | 30 |
| Anexo C: Cuestionario de estilo de vida..... | 33 |
| Anexo E. Documento de consentimiento informado | 38 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribución de edad y sexo | 15 |
| Figura 2. Distribución de región de nacimiento e identificación étnica | 16 |
| Figura 3. Distribución de grado de instrucción educativa y ocupación..... | 16 |
| Figura 4. Frecuencia de rol actividad-descanso..... | 19 |
| Figura 5. Practica de hábitos nocivos | 19 |
| Figura 6. Apego y cumplimiento de prescripciones médicas..... | 20 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Clasificación de los estadios de la Tensión arterial | 7 |
| Tabla 2. Análisis descriptivo de percepción sobre factores de riesgos en pacientes hipertensos | 17 |
| Tabla 3. Niveles de percepción sobre factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial..... | 17 |
| Tabla 4. Frecuencia de consumo de grupos y características de alimentos | 18 |
| Tabla 5. Tipo de actitudes en la práctica de estilos de vida saludables. | 20 |

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema

La organización Mundial de la Salud (OMS), considera que los estilos de vida de una persona, familia o comunidad son una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, que condicionan la calidad de vida de la persona y su estado de salud (1).

Estos estilos de vida saludable son constructos sociales, prácticas tradicionales, hábitos, conductas y comportamientos de las personas y grupos de población, que se reflejan en la satisfacción de las necesidades para alcanzar el bienestar y la vida. Y, al contrario, los estilos de vida no saludables se relacionan con comportamientos inadecuados que tienen un efecto nocivo sobre la salud y condicionan el desarrollo de enfermedades no transmisibles en las personas (2).

Entre los principales tipos de las enfermedades no transmisibles (ENT) se encuentran las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares). Afectando a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes “prematargas” ocurren en países de ingresos bajos y medianos (3).

Es así como, a partir de la segunda mitad del pasado siglo XX, las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de muerte en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Entre las ECV, la hipertensión arterial (HTA) representa una elevada tasa de prevalencia en la población en general y, en particular, a partir de los 60 años de edad en ambos sexos, constituyendo uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la aparición de enfermedades del corazón, por lo que su control se considera entre las medidas fundamentales para evitarlas (4).

Reflejando que el desarrollo y complicación de las enfermedades cardiovasculares se encuentra condicionado por factores de riesgos modificables, mediante el desarrollo de actividades de estilos de vida saludables que desarrollen las personas en sus entornos como estrategias de mitigación del impacto de las ECV. Destacando la necesidad de identificar los estilos de vida que ocasionen aumento de riesgos cardiovasculares en pacientes con diagnósticos hipertensivos.

Por lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que las ENT pueden prevenirse reduciendo sus principales factores de riesgo: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una alimentación poco saludable y la inactividad física. Y a su vez el número de muertes prematuras causadas por las ENT puede mitigarse mediante la detección, la atención y el tratamiento oportuno de las enfermedades (5).

Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas, no transmisibles representan una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Estimando que las ENT matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año. Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematargas" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial (6).

Se estima que, en el transcurso de los próximos 10 años, habrá 20,7 millones de muertes por enfermedad hipertensiva en la región de las Américas. Calculando que la prevalencia de hipertensión en los países latinoamericanos y del Caribe fluctúa entre 8% y 30% (7-10). En el mundo, existe una prevalencia elevada, cada año un número considerable de personas se une al grupo ya existente de hipertensos. De continuar esta tendencia, se estima que para el 2025 la prevalencia se acerque al 50% asociada al envejecimiento poblacional (7).

La organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que las enfermedades cardiovasculares (ECV), incluidas las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y las cardiopatías reumáticas, son las principales causas de muerte por las ENT en todos los países, excepto en Canadá. La tasa de mortalidad regional por ECV en el 2016 fue de 150,7 por 100.000 habitantes y fue mucho mayor en los hombres (185,2/100.000) que en las mujeres (121,6/100.000) (5).

La OPS, en el estudio desarrollado en el Ecuador durante el año 2014 reflejó que más de un tercio de la población mayor de 10 años (3 187 665) es prehipertensa y 717 529 personas de 10 a 59 años padece de hipertensión arterial. Por su parte el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), concluyó que, en el año 2019, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte entre los ecuatorianos con 8.547 defunciones, lo que representa el 11,8% de las muertes inscritas en este periodo, como tercera causa de muertes se encontraron las enfermedades cerebrovasculares con 4557 muertes y como quinta causa del perfil de mortalidad se encontraron las enfermedades hipertensivas con 3246 fallecimientos (9).

En la provincia de Esmeraldas en el perfil de mortalidad según datos del INEC, se estimó que durante el año 2019 se registraron 1896 defunciones, donde las enfermedades isquémicas del corazón representaron la principal causa de muerte con el 10% de los fallecimientos con un total de 181 fallecimientos, seguido de las muertes a causa de las enfermedades cerebrovasculares con el 8% de las defunciones (9).

En cuanto al Centro de Salud Tipo B2 del Distrito Esmeraldas donde se desarrolló el estudio, se halló una prevalencia de pacientes que acuden a la atención de emergencia a causa de cuadros clínicos de crisis hipertensivas, en donde la mayoría de su caso es en pacientes reincidentes que se encuentran bajo indicaciones médicas de patologías hipertensivas. En la actualidad, la única forma eficaz de reducir el avance de muertes de enfermedades no transmisibles, como por ejemplo las enfermedades hipertensivas, es conocer las distintas conductas de riesgo, evitando las muertes a través del manejo de factores modificables en los estilos de vida de las personas, siendo de imprescindible importancia el conocimiento que poseen las personas acerca de la enfermedad y de esa manera evitar los factores de riesgo a los que pueden ser expuestos.

Por lo ante expuesto, se plantea la siguiente pregunta científica: ¿Cuáles son los estilos de vida de pacientes que acuden con cuadros de crisis hipertensivas a la consulta del centro de Salud número 2 del Distrito 08D01 Esmeraldas?

Justificación

Cuanto se valora el hecho de que los estilos de vida de las personas son un predictor de morbilidad y mortalidad de las enfermedades no transmisibles a causa de las enfermedades cardiovasculares, y que hoy estos estilos de vida no tiene un seguimiento en los pacientes que acuden al Centro de Salud número 2 de Esmeraldas, se puede ver claramente por qué esta investigación debe generar un impacto en el cantón, mucho más cuando la salud del ser humano es el tema prioritario en nuestro país desde el enfoque de la prevención en salud y la atención primaria como puerta de entrada en el Sistema Nacional de Salud.

De igual forma, es novedoso identificar la posible prevalencia de esta enfermedad o condición clínica, a partir del estudio en personas con una predisposición determinada o condicionada por estilos de vida casi siempre no saludables, tales como la alta ingestión de carbohidratos y grasa, el tabaquismo, desapego a indicaciones médicas y otros hábitos que condicionan sobrepeso y obesidad, o conocer si fue porque no tuvieron un control adecuado en su formación para la vida, tomando decisiones que finalmente les ha causado problemas en su metabolismo, por la falta de información o seguimiento médico.

El impacto de la investigación se reflejará especialmente en la población adulta de la Provincia de Esmeraldas y en la concientización del equipo de salud que labora en el Centro número 2 de Esmeraldas quienes a partir de las características particulares médicas y sociales del cantón podrán accionar diariamente en la educación sanitaria del pueblo, para prevenir el aumento de la incidencia, como factor estrechamente vinculado a la prevalencia de enfermedades hipertensivas. Este tema objeto de estudio, se enmarca dentro de la Atención en Emergencias y Cuidados Críticos de las líneas de investigación de la Escuela de Enfermería, como contribución de la PUCE- Esmeraldas a la salud del pueblo.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar el estilo de vida saludable desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B “2” del Distrito de Esmeraldas

.

Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que llegan a las consultas del Centro de Salud Tipo B “2” del Distrito de Esmeraldas
- Identificar la percepción sobre los factores que determinan los estilos de vida que tienen los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Determinar la actitud que tienen los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial sobre los factores de riesgos que afectan el estilo vida saludable.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teóricas-científicas

En el actual apartado se presentan revisiones bibliográficas y aportes científicos acerca de la presión arterial, alteraciones en los valores de la presión arterial, factores de riesgos que predisponen a trastornos hipertensivos y su relación con los estilos de vida saludables de las personas con diagnóstico de hipertensión. Además, de establecer una referencia de las postulaciones teóricas por las que la autora se guió para fundar el trabajo final.

Es así, como se define a las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración, no transmisibles y por lo general de progresión lenta. Entre estas se encuentran las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, siendo las principales causas de mortalidad en el mundo, las que son responsables del 63% de las muertes, en donde el 29% era de menos de 60 años de edad (10).

Entre las enfermedades cardíacas se encuentra la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, siendo un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Para ello, es necesario entender que la tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón, además que la tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica) (11).

Por otra parte, se la define como un síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas (Na, K, Cl) y a nivel de membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatogenia. Es el factor de riesgo más importante de la cardiopatía isquémica y muy especialmente del infarto del miocardio. También lo es de la enfermedad cerebro-vascular, así como de la insuficiencia renal y de la insuficiencia arterial periférica (12).

Para determinar el grado de hipertensión de una persona, es necesario tomar en cuenta los valores a los que se hace referencias de la presión sistólica y diastólica para establecer su estadio, es así que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (13) lo clasifica como:

Tabla 1 Clasificación de los estadios de la Tensión arterial

| Estadio | Sistólica | | Diastólica |
|--------------------------------|-----------|-----|------------|
| Óptima | <120 | y | <80 |
| Normal | 120-129 | y/o | 80-84 |
| Normal alta | 130-139 | y/o | 85-89 |
| Hipertensión grado 1 | 140-159 | y/o | 90-99 |
| Hipertensión grado 2 | 160-179 | y/o | 100-109 |
| Hipertensión grado 3 | ≥180 | y/o | ≥110 |
| Hipertensión sistólica aislada | ≥140 | y | <90 |

Fuente: Guía de Práctica Clínica (GPC)

Al valorar los signos y síntomas de pacientes hipertensos, se encontró que la mayoría de las personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta. Aunque estos pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardiaco irregular, alteraciones visuales y acufenos. La hipertensión grave puede provocar fatiga, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares (14).

En cuanto a los factores de riesgo con los que se asocia la hipertensión arterial, se encuentra que estos se dividen en los modificables y no modificables. Tomando en cuenta que los modificables se asocian a estilos de vida saludables y acciones que desarrollan las personas (15), de esta manera el autor describe los dos grupos:

- **Alcohol:** puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de esta.
- **Actividad física:** el efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina.
- **Ingesta de sodio:** el mecanismo por el cual la restricción de sodio disminuye la presión arterial parece estar asociado a una reducción moderada en la cantidad de catecolaminas circulantes. El consumo de sodio por día recomendado en una dieta

normal debe ser de 100 mmol/día, lo que equivale a dos gramos de sodio o seis gramos de sal de mesa.

- **Ingesta de potasio:** el mecanismo antihipertensivo propuesto en la ingesta de potasio incluye un aumento en la nutriercis, así como un efecto vasodilatador al aumentar la actividad de la bomba $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$.
- **Uso del tabaco:** el tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. Incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.
- **Consumo de cafeína** La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo.
- **Cambios en la dieta** Comer demasiada grasa, especialmente las grasas saturadas elevan los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado.

Al igual, se encuentran factores no modificables que aumenta el riesgo de presentar cuadro clínico de hipertensión arterial, entre esos se pueden encontrar la historia familiar, raza, edad y sexo (15), mencionando que el autor especifica:

- **Historia familiar:** el riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón. Su riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un ataque al corazón.
- **Sexo:** el ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que en la mujer. En la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad.
- **Raza:** estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias

Por lo antes mencionado es la importancia del análisis de los estilos de vida, percepciones previas que poseen las personas con hipertensión y su relación con las actitudes y prácticas que ejecutan a diario.

1.2. Antecedentes

En el estudio planteado por Reyes et al, tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diagnósticos de hipertensión para lograr una longevidad satisfactoria. Para ello hizo un estudio de tipo pre-experimental en 96 pacientes, usando una encuesta para la recolección de la información y evaluar el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa. Obteniendo como resultado que predominaron los pacientes con edades de 65 a 69 años, sexo femenino, sobrepesos y con enfermedad de 5 años o más de evolución, además de que con anterioridad a la intervención, el nivel de conocimientos sobre nutrición y ejercicios físicos para lograr una longevidad satisfactoria era bajo entre los ancianos; con posterioridad, se observó un cambio cualitativo; estableciendo que la intervención educativa sirvió para evaluar y elevar el nivel de conocimientos de los ancianos con hipertensión arterial, lo que contribuye al logro de una longevidad satisfactoria (16).

Por otro lado, en el estudio Areza et al, planteó como objetivo valorar el conocimiento de factores de riesgos cardiovasculares en pacientes ambulatorios y explorar su relación con el riesgo cardiovascular y las variables sociodemográficas. EL trabajo fue de tipo observacional descriptivo de corte transversal, a través de un cuestionario validado de diez preguntas calculando el riesgo cardiovascular a través del método de Framingham calibrado para Colombia. Obteniendo de las 138 pacientes una edad promedio de 62,8 años, 23,9% eran de género masculino y 97,8% con historia personal de hipertensión. El conocimiento fue valorado como adecuado en el 43,5%; el riesgo cardiovascular fue identificado como bajo, alto y moderado en 47,8%, 32,6% y 19,6% de los pacientes, respectivamente, encontrando asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento con el nivel educativo medio y alto, y la realización de actividad física regular (17).

Otro proceso investigativo que se planteó conocer los estilos de vida en pacientes crónicos hipertensos y diabéticos, a través de un estudio de tipo cualitativo biográfico, usando la entrevista semiestructurada como herramienta de levantamiento de información; arrojando como resultado que la muestra adopta un estilo de vida saludable, valoran positivamente el apoyo de sus redes sociales y familiares, muestran confianza y seguridad hacia los profesionales; aportando al final que los profesionales sanitarios deben controlar

los indicadores fisiológicos de las enfermedades crónicas y las dimensiones emocionales y sociales de los pacientes, ya que inciden en la percepción de la calidad de vida (18).

En similar línea, otro estudio se planteó caracterizar los estilos de vida, e identificar la hipertensión arterial, desarrollando una investigación descriptiva de corte transversal. El trabajo tuvo como variables aspectos demográficos, antropométricos, clínicos, consumo de alimentos, hábitos tóxicos y actividad física. Obteniendo que el 23,2 % presentó sobrepeso y obesidad, 2,9 % hipertensión arterial y 14,5 % prehipertensión; predominó el consumo de alimentos dulces diariamente (72,8 %) y fritos (43,5 %), así como poco consumo de vegetales y frutas. Concluyendo que existe relación entre los estilos de vida saludables y el desarrollo de hipertensión arterial (19).

1.3. Bases legales

Para el desarrollo del presente trabajo se realiza referencias de las siguientes bases legales que rigen la salud dentro del Estado Ecuatoriano:

El valorar factores de riesgos que aumenten la morbi-mortalidad de las personas en el estado ecuatoriano, para el planteamiento de estrategias de prevención, hace referencia al **Art. 32** de la Constitución de la República del Ecuador, al referir que se garantiza la atención en salud como un derecho bajo los principios de calidad, eficiencia y eficacia (20).

Al igual, al tomar en cuenta estos factores modificables y la incidencia que tiene los servidores públicos, se basa en el Art. 363 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador a través de la evaluación de políticas de la institución que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en el ámbito laboral, siendo el personal de salud en este caso el que fomente este ambiente para los pacientes dentro del entorno familiar y comunitario (21).

Además, se da cumplimiento al Art. 69 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, al hacer referencia a la atención integral y control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, la cual realizará a través de acciones coordinadas con integrantes del Sistema Nacional de Salud y la participación de la población en conjunto. Tomando en cuenta que esta comprende la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de Estudio

El trabajo se desarrolló en el Centro de Salud Número 2 de Esmeraldas, perteneciente al distrito 08D01, ubicado en la zona de la capital de la provincia de Esmeraldas en el cantón del mismo nombre y cobertura de la zona urbano-céntrica. Es una unidad tipo “B” del primer nivel de atención de salud que atiende en un horario de 8 horas a pacientes ambulatorios, cuenta con 16 profesionales de la salud que laboran en servicios de Ginecología, Pediatría, Medicina General, Estrategia Nacional de Inmunización, Odontología y Psicología.

El tipo de investigación usado fue de tipo cuantitativo, en donde se abordaron las actividades asociadas a los estilos de vida como factores determinantes de las crisis hipertensivas y complicaciones de enfermedades cardiovasculares, se obtuvieron datos observacionales de factores de riesgos no modificables asociados a enfermedades hipertensivas.

Acorde a su temporalidad fue de tipo transversal que permitió analizar el objeto de estudio y determinar los estilos de vida asociados a la promoción o complicaciones de salud mediante la aplicación de instrumentos a los pacientes o familiares. El alcance fue de tipo descriptivo, permitiendo detallar las características de la población en estudio y medir resultados que se obtengan por medio de las técnicas de recolección de datos y realizar su interrelación.

2.2. Población y Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se realizó mediante el análisis de datos que reposan en el departamento de estadística sobre la prevalencia de pacientes atendidos con diagnóstico de crisis hipertensiva, en donde se tomaron datos de pacientes que cumplían con esos criterios y que fueron atendidos durante el segundo semestre del año 2020 para el cálculo de la muestra.

Se establece que existe una población de 231 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron registrados como atención en el centro de salud. En donde, a partir de

ahí a través del muestreo aleatorio simple se estableció el tamaño muestral aplicando la siguiente formula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)\varepsilon^2 + \sigma^2 Z^2} = \frac{231(0.5)^2(1.96)^2}{(231-1)(0.06)^2 + (0.5)^2(1.96)^2}$$
$$= \frac{231(0.25)(3.84)}{(231)(0.0036) + (0.25)(3.84)} = \frac{221,76}{0,83+0,96} = \frac{221,76}{1,79} = 123,88 = 124$$

Dónde:

n = es el tamaño de la muestra

N = es el tamaño de la población

σ = es la desviación estándar de la población, se asume un valor de 0,5

Z = es el valor representativo de un nivel de confianza del 95%, equivale a 1,96

ε = es el límite aceptable de error muestral, se asume un valor de 0,05

Obteniendo que el tamaño de la muestra de los pacientes en atenciones ambulatorias con diagnósticos relacionados con crisis hipertensivas fue de 124 pacientes.

Como criterios de inclusión de la muestra se consideraron a pacientes mayores de 18 años considerando la autonomía para decidir en participar del estudio, de ambos sexos, que hayan ingresado a la atención con diagnóstico clínico de crisis hipertensiva y haber expresado su consentimiento por escrito para su participación. Entre los criterios de exclusión se considerarán a usuarios que voluntariamente decidan no participar en el estudio y pacientes con alteraciones del estado de la conciencia.

2.3. Definición conceptual y categorización de variables

Entre las variables a despejar, se consideraron el estilo de vida, crisis hipertensiva, factores de riesgos hipertensivos, complicaciones de salud asociados, siendo definidas como:

- **Estilos de vida:** acciones, comportamientos y patrones sociales que ejecutan las personas, familias y comunidad en el desarrollo de sus actividades diarias
- **Crisis hipertensiva:** elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede producir lesiones en órganos diana
- **Factores de riesgos hipertensivos:** circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona en desarrollar cuadros hipertensivos

- **Grado de hipertensión arterial:** valores de presión arterial que se determina mediante la toma diaria de presión y brinda aproximación del estado de la enfermedad en el paciente.

2.4. Métodos

Los métodos teóricos empleados fue el lógico deductivo, en donde a través de la encuesta se obtuvieron opiniones particulares de la muestra y se formularán las debidas conclusiones generales del estudio. Para la aplicación del instrumento se realizó visitas domiciliarias a los pacientes previamente identificados con diagnóstico de hipertensión, participando el personal de salud que conocen la ubicación de los usuarios.

2.5. Técnicas e Instrumentos

Para la obtención de la información se usó la encuesta, para lo que se usaron los siguientes instrumentos.

Se desarrolló un cuestionario por parte de la autora que constó de 6 secciones y un total de 39 preguntas cerradas, permitiendo recabar información acerca de características sociodemográficas de la población encuestada, la percepción sobre los factores que aumentan riesgos cardiovasculares y sus actitudes frente al desarrollo de actividades que promuevan estilos de vida saludables, usando como tipo de respuestas la de opción múltiple.

Como proceso de validación, identificación y correcciones de errores en la construcción del documento, se aplicó primeros instrumentos a una muestra de 15 personas que acudieron a la consulta externa. Esto permitió tener un nivel de confiabilidad 0.82 en la prueba de KR-20. Además, contó con validación del instrumento por personal médico de la casa de salud, al ser valorado en contenidos y criterios por parte de 4 médicos y 2 enfermeras.

2.6. Análisis de Datos

Para la valoración de los datos se lo realizó tomando en cuenta las secciones planteadas en el cuestionario; obteniendo que en la sección I, que correspondieron a la pregunta del 1 al 8 se recabaron datos acerca de las características sociodemográficas de las personas encuestadas en cuanto a edad, sexo, identificación étnica, lugar de nacimiento, grado de instrucción académica y actividad ocupacional a la que se dedicaban.

Respecto a la sección II del cuestionario, en las preguntas del 9 a la 19 se valoró la percepción de los pacientes sobre los factores de riesgo que aumentan los riesgos cardiovasculares, colocando opciones de correctas e incorrectas; para medir ese nivel de percepción se procedió a puntuar los rangos: bueno, regular y deficiente, según el número total de respuestas correctas: 0-7 deficiente, 8-10 regular y 11 bueno.

En las secciones que correspondieron desde la 4 a la 6, se valoraron las actitudes de los pacientes en cuanto a la práctica de hábitos de estilos de vida saludables, a través de una escala de frecuencia según la aplicación de las actividades en nunca, casi nunca, frecuentemente y con una frecuencia de siempre respecto a los tipos de alimentos que consumen, el rol actividades-descanso que desarrollan, el desarrollo de hábitos tóxicos como la ingesta de alcohol o tabaquismo, además del seguimiento de recomendaciones y tratamientos médicos.

Al igual, para determinar las actitudes en la práctica de estilos de vida saludables en pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial, se usaron los rangos de bueno, regular y deficiente; para ello se puntuó acorde a la frecuencia de respuestas, asignando la puntuación de 4 para siempre, 3, frecuentemente, 2, casi nunca y 1, nunca.

Para el procesamiento de los datos, se tabularon las encuestas en una tabla Excel, obteniéndose resultados en porcentajes, que se presentarán en tablas y figuras. Los datos de la guía de observación se redactaron en forma de párrafos en Microsoft Word.

2.7. Normas Éticas.

Para la ejecución de este trabajo investigativo se utilizó la aprobación individual a través del consentimiento informado y se explicó que los datos recogidos fueron para uso exclusivo de la Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas (ver Anexo C).

CAPITULO III RESULTADOS

En cuanto al perfil sociodemográfico de las personas encuestadas, en la Figura 1 se representa la distribución según edad y sexo. Determinando que de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial que participaron del estudio, el 54% representaron al sexo masculino, frente al 46% que fueron mujeres; respecto a la edad se encontró que fueron personas con un mínimo de edad de 45 años, en donde el 45% se encontraron en el grupo de 45-50 años, seguido del 23% en personas mayores de 65 años o grupo de adultos mayores y el grupo de menor participación fue en la edad de 57-65 con el 12%.

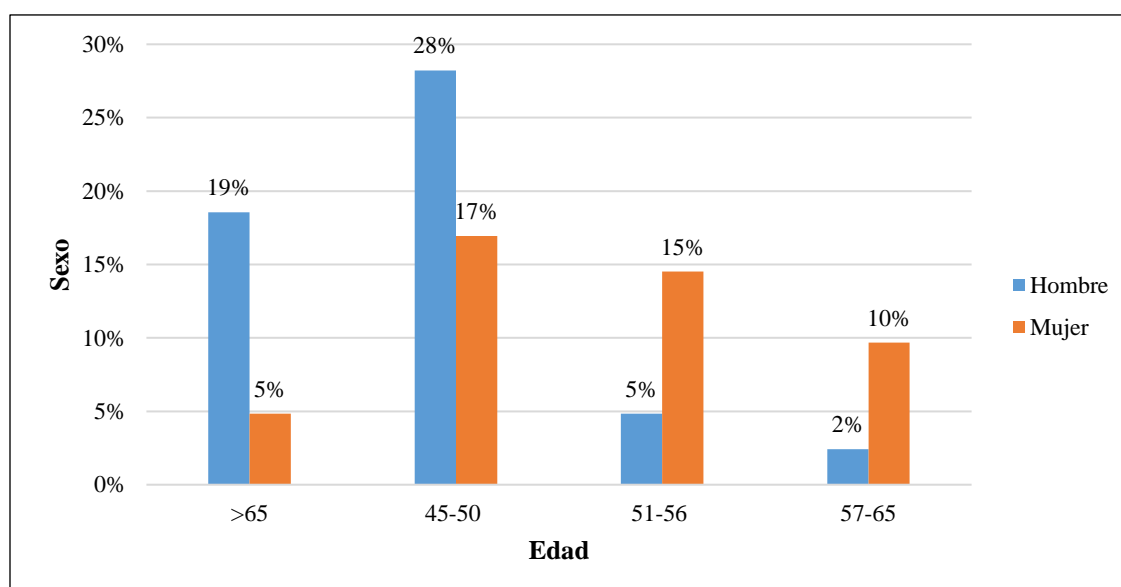


Figura 1. Distribución de edad y sexo

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

En cuanto a la representación de la región de nacimiento y autoidentificación étnicas de las personas con diagnósticos de hipertensión encuestadas (Figura 2), se determinó, en cuanto a la región de nacimiento a la costa de primero, seguido de la sierra y el oriente con el 60%, 27% y 13% respectivamente. Respecto a la identificación étnica de los encuestados, el grupo de afroecuatorianos/as representó el 37% de la muestra, con mayor representatividad en la región costa; seguido del grupo de mestizos con el 27%, mencionando como región de nacimientos a las 3 antes referidas; al igual de la identificación étnica de montubio con el 17% e indígenas con el 13%.

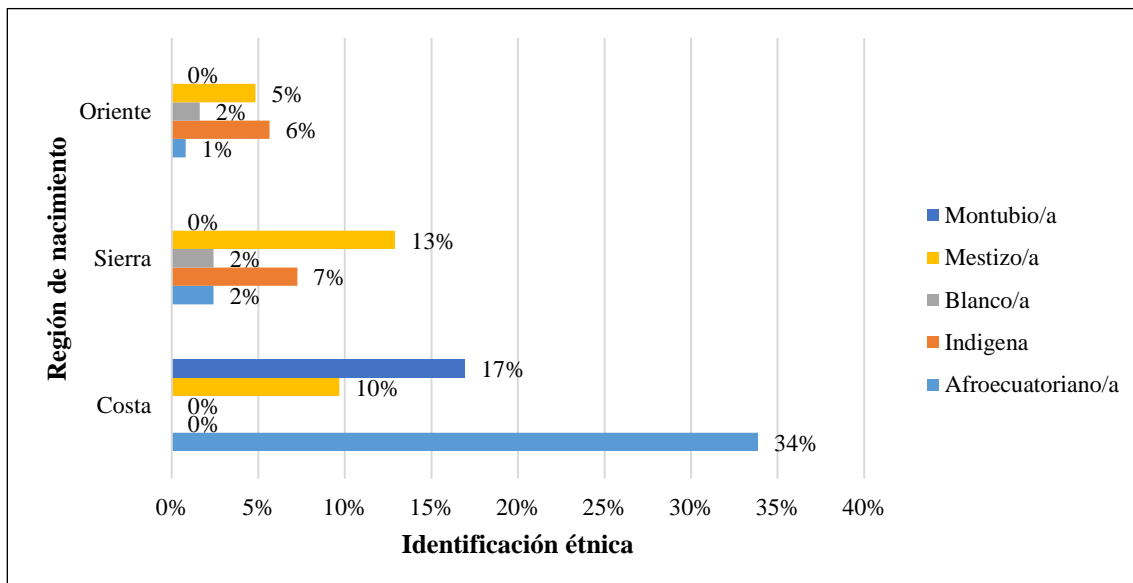


Figura 2. Distribución de región de nacimiento e identificación étnica
Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Otro de los aspectos que se valoró en el ámbito sociodemográfico de los pacientes con hipertensión, fue el grado de instrucción académica y ocupación que desempeñan (Figura 3). Encontrando que el 53% mencionaron tener educación secundaria, resaltando que la secundaria incompleta fue la que más prevaleció; el 30% mencionaron tener educación primaria y el 11% en educación superior. Respecto a las actividades que se dedican, el 47% mencionaron trabajar, el 44% que se encuentran desempleados y el 9% representaron a jubilados.

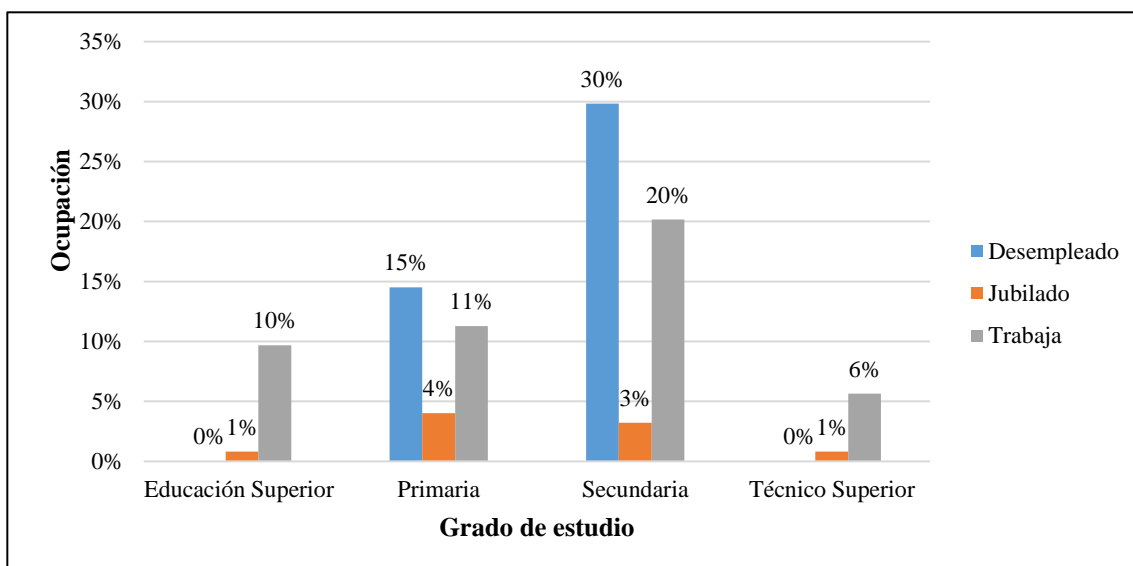


Figura 3. Distribución de grado de instrucción educativa y ocupación.
Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

En cuanto al nivel de percepción previa sobre los factores que determinan los estilos de vida que tienen los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (Tabla 1), los factores con mayor puntuación en la identificación fueron los correspondientes a enfermedades crónicas como la diabetes, tener sobrepeso u obesidad y presentar estrés de manera sostenida, representando el 92%, 94% y 85% respectivamente. Además, entre las actividades de los estilos de vida el 88% identificaron de manera correcta, al consumo de alimentos del grupo de carbohidratos y grasas.

En cuanto a la percepción de los factores que presentaron mayor error en su identificación, como nivel de conocimiento previo de las personas encuestadas, se encontró el consumo del alcohol con el 39% y el no practicar actividades físicas con el 25%.

Tabla 2.

Análisis descriptivo de percepción sobre factores de riesgos en pacientes hipertensos

| Ítems | Correcto | | Incorrecto | |
|---|----------|-----|------------|-----|
| | No | % | No | % |
| No practicar ejercicios físicos. | 93 | 75% | 31 | 25% |
| Consumo frecuente de alcohol | 76 | 61% | 48 | 39% |
| Consumo de cocimientos de hierbas | 105 | 85% | 19 | 15% |
| Consumo de tabaco | 104 | 84% | 20 | 16% |
| Comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos | 109 | 88% | 15 | 12% |
| Tener azúcar elevada en la sangre (Diabetes Mellitus) | 114 | 92% | 10 | 8% |
| Tener estrés mantenido | 105 | 85% | 19 | 15% |
| Tener sobrepeso u obesidad | 117 | 94% | 7 | 6% |

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

En referencia a la medición del nivel de percepción sobre los factores de riesgos y su relación con los estilos de vida en personas con diagnóstico de hipertensión (Tabla 2), se reflejó que el 54% poseen un nivel regular de conocimiento representado por 8 a 10 preguntas, seguido por el 27% que presentaron un nivel bueno al responder de manera correcta las 11 preguntas planteadas; también se encontró que el 19% presentaron un nivel deficiente al responder menos de 7 preguntas correctas de las 11 que se les plantearon.

Tabla 3.

Niveles de percepción sobre factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|-------------|
| Bueno (11 respuestas correctas) | 33 | 27% |
| Regular (8 a 10 respuestas correctas) | 67 | 54% |
| Deficiente (menos de 7 respuestas correctas) | 24 | 19% |
| Total | 124 | 100% |

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Por otro lado, al preguntar acerca de las actitudes que poseen los pacientes en las prácticas de estilos de vida saludable o factores que aumentan los riesgos cardiovasculares, en cuanto a la frecuencia de consumo de tipos de alimentos o grupos que poseen en su dieta diaria (Tabla 3), el 44% mencionaron que consumen de manera frecuente comidas rápidas. Seguido a esto, en el consumo de frutas y verduras se encontró que el 69% lo hace frecuentemente y el 8% siempre; el 94% mencionaron que consumían agua siempre.

Del consumo de alimentos adicionales de la dieta diaria, el 58% mencionaron que casi nunca lo hacen, frente al 14% que mencionaron frecuentemente hacerlo; del consumo de alimentos ricos en grasa se resaltó que frecuentemente y siempre lo hacen con el 76% y 12% respectivamente.

Tabla 4.
Frecuencia de consumo de grupos y características de alimentos

| | Nunca | % | Casi nunca | % | Frecuentemente | % | Siempre | % |
|--|-------|-----|------------|-----|----------------|-----|---------|-----|
| Frecuencia de consumo comida rápida | 0 | 0% | 70 | 56% | 54 | 44% | 0 | 0% |
| Frecuencia de consumo de frutas y verduras | 0 | 0% | 28 | 23% | 86 | 69% | 10 | 8% |
| Frecuencia de consumo de agua | 0 | 0% | 0 | 0% | 8 | 6% | 116 | 94% |
| Frecuencia de comida adicionales en la dieta | 28 | 23% | 72 | 58% | 17 | 14% | 7 | 6% |
| Frecuencia de consumo de alimentos ricos en grasas | 0 | 0% | 15 | 12% | 94 | 76% | 15 | 12% |

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Referente a las actitudes en el patrón actividades-descanso (Figura 4), se encontró en cuanto a la frecuencia con la que realizan actividades físicas, el 70% mencionaron hacer frecuentemente, seguido del 18% que no lo hacen nunca y el 12% casi nunca; en cuanto a la frecuencia de caminatas que desarrollan a diario, el 76% mencionaron que lo hacen frecuentemente, seguido del 14% que casi nunca realizan esta actividad y el 10% que lo hacen siempre.

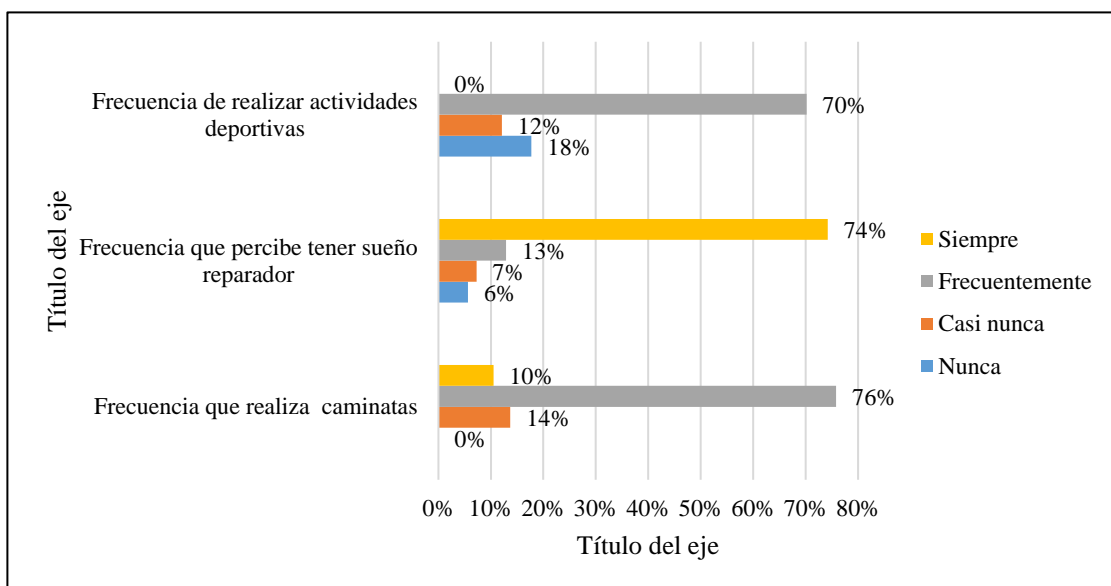


Figura 4. Frecuencia de rol actividad-descanso

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Otra de las actitudes valoradas en los pacientes con diagnóstico de hipertensión fueron las prácticas de hábitos nocivos (Figura 5). Se valoró la frecuencia del consumo de alcohol, en donde el 87% mencionaron no realizarlo, seguido del 9% que lo realizan frecuentemente y el 4% que casi nunca lo hacen: además, en relación al consumo de tabaco, tuvo mayor incidencia, reflejando que el 4% lo realizan siempre, el 23% lo hacen frecuentemente y el 3% casi nunca, contrario a esto el 69% mencionaron que nunca lo hacen.

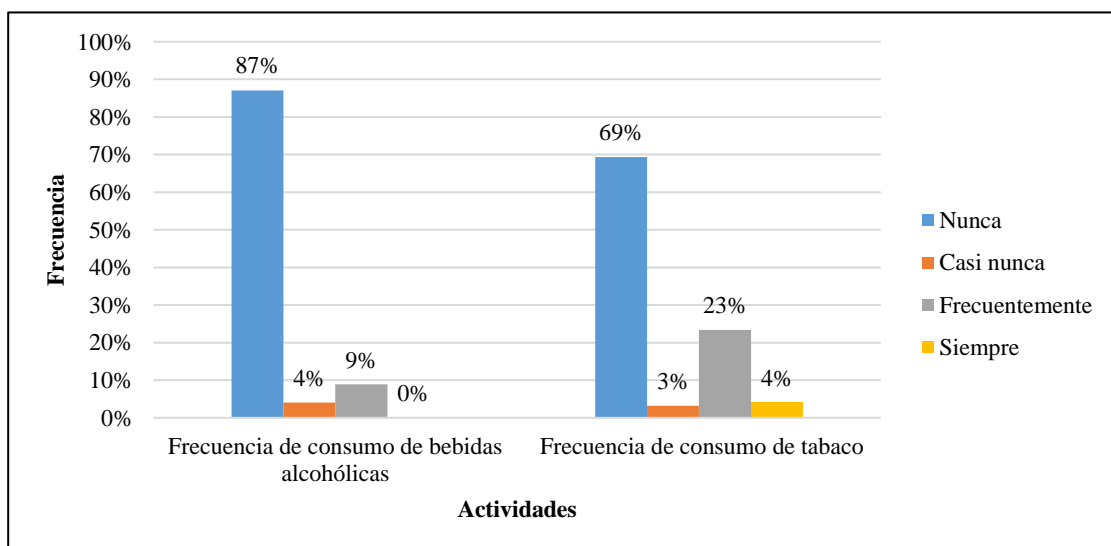


Figura 5. Practica de hábitos nocivos

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

En referencia a hábitos que promuevan la salud en el proceso de aplicar las prescripciones médicas y apego a tratamiento (Figura 6), encontrando que el 71% mencionaron que siguen las indicaciones médicas siempre, seguido del 23% que lo hace frecuentemente, el 4% que nunca lo hace y el 2 % que casi nunca. Por otro lado, el 58% reflejaron que frecuentemente sigue tratamiento medicamentoso en el mismo horario, el 24% reconoció que casi nunca, seguido del 17% que lo hace siempre y el 1% manifestó que nunca lo hace.

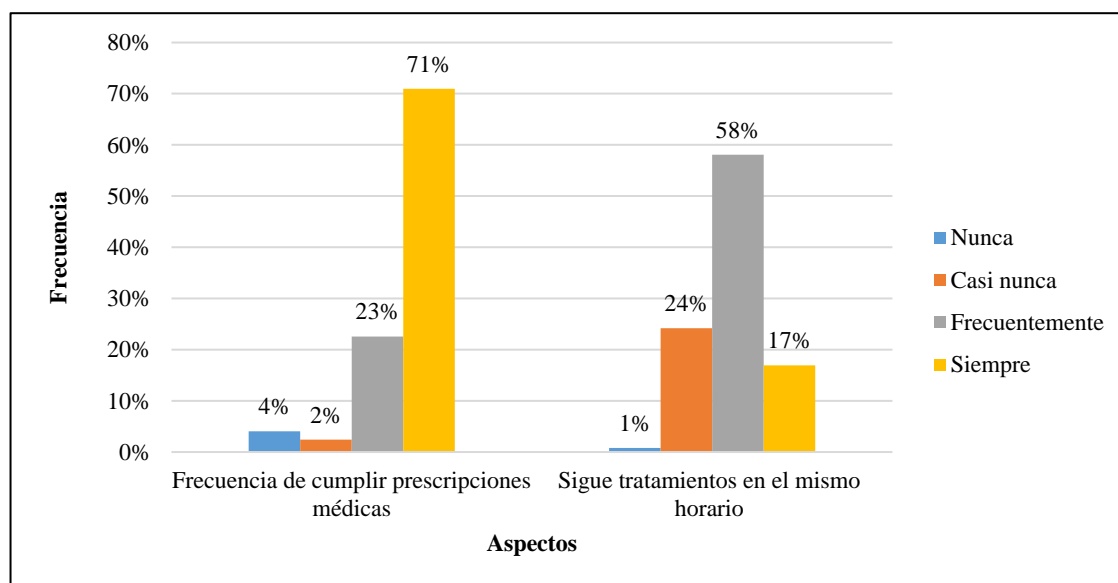


Figura 6. Apego y cumplimiento de prescripciones médicas.

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Al determinar el tipo de actitudes de los pacientes en sus prácticas y promoción de estilos de vida saludables (Tabla 4), se encontró que el 53% presentó una actitud regular en cuanto a la frecuencia de actividades diarias y su relación con factores de riesgos cardiovascular; seguido del 25% que presentaron un nivel bueno en referencia a sus actividades y el 22% que se determinó como deficiente acorde a las puntuaciones asignadas.

Tabla 5.

Tipo de actitudes en la práctica de estilos de vida saludables.

| Tipos | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Bueno (50-56 puntos) | 31 | 25% |
| Regular (40-49 puntos) | 66 | 53% |
| Deficiente (0 a 48 puntos) | 27 | 22% |
| Total | 124 | 100% |

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

CAPITULO IV DISCUSIÓN

En el estudio realizado, que tuvo como finalidad el analizar el estilo de vida saludable desde la perspectiva del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B “2” del Distrito de Esmeraldas, tomando en cuenta la percepción relacionado con el nivel de conocimientos, características sociodemográficas y la práctica de estilos de vida saludables. A continuación, se presentan principales resultados discutidos.

En cuanto al perfil sociodemográfico de las personas encuestadas, en la distribución según edad y sexo en el estudio en la que colaboraron 124 pacientes con diagnóstico de hipertensión, encontrando mayor participación de hombres con el 54% y el 46% de mujeres. Respecto a la edad, se determinó que el 45% se encontraron en el grupo de 45-50 años, seguido del 23% en personas mayores de 65 años o grupo de adultos mayores. Esto se relacionó con el estudio en el que se determinó que de 138 pacientes con edad promedio de 62,8 años, 23,9% de género masculino, 97,8% con historia personal de hipertensión. Se plantea el análisis de los datos expuestos en relación a la literatura revisada, en donde se presenta entre los principales factores de riesgos no modificables para el desarrollo de cuadros hipertensivos a la edad en personas mayores de 35 años y con mayor prevalencia en el sexo masculino (15).

Además, otro de los factores no modificables es la raza, encontrando incidencia en personas de raza negra (15). Es así, que tomando en cuenta la identificación étnica o de raza en la localidad de estudio acorde al último proceso de levantamiento de información poblacional el 44,7% se identificaron como mestizo y el 43,9% como afroecuatorianos. En este mismo contexto, en el estudio el grupo de afroecuatorianos/as representó el 37% de la muestra, con mayor representatividad en la región costa.

El primer obstáculo para alcanzar un buen estilo de vida está estrechamente ligado a la aceptación y reconocimiento de hábitos desarrollados y ejecutados en su rutina cotidiana por parte de los pacientes y efectuar un giro rotundo a sus costumbres poco saludables. Esto a su vez se encuentra relacionado con el nivel de conocimientos que las personas posean acerca de factores que determinan los estilos de vida.

Ahora bien, en referencia al nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo hipertensivos en pacientes, se encontró que el 54% reflejaron un nivel regular de conocimiento representado por 8 a 10 preguntas, seguido por el 27% que presentaron un nivel bueno al responder de manera

correcta las 11 preguntas planteadas; también se encontró que el 19% presentaron un nivel deficiente al responder menos de 7 preguntas correctas de las 11 que se les plantearon. En donde los factores con mayor puntuación en la identificación, fueron las correspondientes a enfermedades crónicas como la diabetes, tener sobrepeso u obesidad y presentar estrés de manera sostenida, representando el 92%, 94% y 85% respectivamente. Además, entre las actividades de los estilos de vida el 88% indicaron de manera correcta el identificar el consumo de alimentos del grupo de carbohidratos y grasas.

Esto fue similar a los resultados de otro estudio, encontrando que el conocimiento fue valorado como adecuado en el 43,5%; el riesgo cardiovascular fue valorado como bajo, alto y moderado en 47,8%, 32,6% y 19,6% de los pacientes, respectivamente, encontrando asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento con el nivel educativo medio y alto, y la realización de actividad física regular (17). Además de lo manifestado en el estudio que refirió que el nivel de conocimientos sobre nutrición y ejercicios físicos para lograr una longevidad satisfactoria era bajo entre los ancianos; con posterioridad, se observó un cambio cualitativo; estableciendo que la intervención educativa sirvió para evaluar y elevar el nivel de conocimientos de los ancianos con hipertensión arterial, lo que contribuye al logro de una longevidad satisfactoria (16).

Con respecto a determinar el de actitudes de los pacientes en sus prácticas y promoción de estilos de vida saludables, el 53% presentó una actitud regular en cuanto a la frecuencia de actividades diarias y su relación con factores de riesgos cardiovasculares; seguido del 25% que presentaron un nivel bueno en referencia a sus actividades y el 22% que se determinó como deficiente acorde a las puntuaciones asignadas. Esto en conexo con la frecuencia de consumo de tipos de alimentos o grupos que poseen en su dieta diaria, donde el 69% lo hace frecuentemente, el 58% mencionaron que casi nunca consumen alimentos adicionales a la dieta diaria y el 76% consumen frecuentemente alimentos ricos en grasas.

En cuanto a la práctica de conductas que aumenta riesgos, el 87% mencionaron no consumir bebidas alcohólicas, se encontró, el 23% consumen frecuentemente tabaco. Además, en referencia a hábitos que promuevan la salud en el proceso de aplicar las prescripciones médicas y apego a tratamiento, el 71% mencionaron que siguen las indicaciones médicas siempre, al igual que el 58% reflejaron que frecuentemente sigue tratamiento medicamentoso en el mismo horario.

Ambos resultados manifiestan la importancia del proceso de sensibilización sobre los factores que pueden generar complicaciones en el cuadro clínico de la hipertensión arterial, los cuales

se encuentra relacionado a la formación que brinda el personal del primer nivel de salud como estrategias de prevención; enfocándose al apego de indicaciones médicas y cambios de actividades diarias que mejore sus estilos de vida saludables.

Además, se ha reflejado que los usuarios valoran positivamente el apoyo de sus redes sociales y familiares, muestran confianza y seguridad hacia los profesionales; aportando al final que los profesionales sanitarios deben controlar los indicadores fisiológicos de las enfermedades crónicas y las dimensiones emocionales y sociales de los pacientes, ya que inciden en la percepción de la calidad de vida (18).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

Partiendo del objetivo planteado en el estudio acerca del análisis de los estilos de vida saludables desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B “2” del Distrito de Esmeraldas, se establecieron las siguientes conclusiones:

- Se encontró en cuanto al perfil sociodemográfico de los pacientes con diagnóstico de hipertensión que se atienden en el Centro de Salud Tipo B “2” del Distrito de Esmeraldas, la mayor parte de la muestra fueron de sexo masculino; en cuanto a la identidad étnica la representatividad estuvo en el grupo de afroecuatorianos. Destacando que ambos factores no modificables se encontraron estrechamente relacionados con cuadros hipertensivos.
- Se identificó, en cuanto a la percepción sobre los factores que determinan los estilos de vida que tienen los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, el 54% poseen un nivel regular de conocimiento representado por 8 a 10 preguntas, seguido por el 27% que presentaron un nivel bueno. Además, de que este nivel de percepción se interrelaciona con nivel de conocimientos que poseen las personas sobre promoción de estilos de vida saludables.
- En referencia a la actitud que tienen los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sobre los factores de riesgo que afectan el estilo vida saludable, se determinó que el 53% presentó una actitud regular en cuanto a la frecuencia de actividades diarias y su relación con factores de riesgo cardiovascular.

5.2. Recomendaciones

Por lo ante manifestado, se recomienda:

- A las autoridades pertinentes, implementar programas dirigidos a brindar una atención integral a pacientes que presenten factores predisponentes y diagnóstico de hipertensión arterial, en las cuales involucren a todas las especialidades pertenecientes al sistema de salud, pertenezca a la red pública o privada, con la finalidad de cubrir todas las aristas relacionadas con esta patología.

- A las instituciones públicas y privadas, implementar actividades tales como encuentros deportivos y/o áreas deportivas, impulsando a sus empleados a la realización y/o utilización de estas, las cuales serían direccionadas a la mejora del estado tanto físico como psicológico, teniendo una repercusión directa en la salud de su empleado.
- A los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, implementar rutinas de ejercicios de por lo menos 1 hora a sus actividades diarias, como la caminata, natación, trote, baile terapia, etc.
- A los profesionales salubrista del Centro de Salud Tipo B #2, implementar campañas y/o charlas relacionadas a mejorar el estilo de vida, dirigidas a los usuarios asistentes a dicha casa de salud, en las cuales puedan identificar las falencias y los detonantes predisponentes para el padecimiento de la hipertensión arterial.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de Salud, Glosario. Don Nutbeam del Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. 2016. Vol 2. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=3FF80D4D732E7BC918B893A2882B4DEB?sequence=1 [acceso: 7/09/2020].
2. Díaz M, Belén M, Torres A. Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales de chía, Cundinamarca. *Pediatría*. 2015; 48: 5-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-pdf-S012049121500004X> [acceso: 7/09/2020].
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Centro de información de la OMS. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [acceso: 7/09/2020].
4. Álvarez Aliaga A., González Aguilera J., Maceo Gómez L., Frómeta Guerra A., Bárzaga Morell S., y Cervantes Infante A. Árbol para predecir el desarrollo de la cardiopatía hipertensiva. *Rev cubana med [Internet]*. 2014; 53(3): 266-281. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000300004&lng=es. [acceso: 12/09/2020].
5. Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752> [acceso: 18/09/2020].
6. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no Transmisibles, datos y cifras. Repositorio de la OPS. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles> [acceso: 18/09/2020].
7. Cruz BA, Martínez GE, Lara DH, et al. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. *Correo Científico Médico*. 2015;19(4):1-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62878> [acceso: 18/09/2020].
8. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes e hipertensión, dos males silenciosos que afectan la salud [Internet]. Ecuador: OPS-OMS; 2014 [citado 16 Oct 2014].

- Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1115:enero-21-2014&Itemid=972 [acceso: 19/09/2020].
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estadísticas de Defunciones Generales en el Ecuador durante el año 2019. Centro de información INEC. 2020. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/Defunciones/> [acceso: 19/09/2020].
 10. Organización Mundial de la Salud. Temas en Salud. Enfermedades Crónicas. Sala de prensa de la OMS, 2016. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
 11. Organización Panamericana de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Sala de prensa de la OPS 2015. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/> [acceso: 04/10/2020].
 12. Camejo Lluch, R. La hipertensión arterial. Santa Fe, Argentina: El Cid Editor, 2016. Disponible en: <https://bv.unir.net:3555/es/ereader/unir/30797?page=8>.
 13. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec> [acceso: 04/10/2020].
 14. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión Arterial. Datos y cifras. Sala de prensa de la OPS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> [acceso: 04/10/2020].
 15. Huerta Robles B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. * Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. Vol. 71 Supl. 1/Enero-Marzo 2001:S208-S210. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf> [acceso: 07/10/2020].
 16. Reyes Milián PE, Peláez Martínez RV, Pacheco Limonta E. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en ancianos diagnosticados de hipertensión arterial en el Consultorio Médico Popular “Las Flores”, República Bolivariana de Venezuela. *MediCiego* [Internet]. 2016, 22(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/486> [acceso: 07/10/2020].
 17. Areiza, M., Osorio, E., Ceballos, M., & Amariles, P. Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Revista Colombiana de Cardiología*, 2018, 25(2), 162-168. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317301377> [acceso: 07/10/2020].

18. Jiménez Navascués M., Orkaizaguirre Gómara A., Bimbela Serrano M. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index Enferm* [Internet]. 2015 Dic; 24(4): 217-221. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300006> [acceso: 09/10/2020].
19. González Sánchez Raquel, Llapur Milián René, Díaz Cuesta Mercedes, Illa Cos María del Rosario, Yee López Estela, Pérez Bello Dania. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2015 Sep; 87(3): 273-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003&lng=es [acceso: 16/10/2020].
20. Constitución de la República del Ecuador. 2016. Disponible en: <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf> [acceso: 16/10/2020].
21. Congreso Nacional del Ecuador. Ley de Derechos y Amparos del Paciente. 2006. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf> [acceso: 16/10/2020].

ANEXOS

Anexo B. Categorización de variables

| Objetivo | Variable | Definición | Categorías | Indicador | Técnica/Instrumento |
|--|-----------------------|---|------------------------|---|------------------------------|
| Determinar las características del estilo de vida de los pacientes con crisis hipertensiva que llegan a las consultas de la unidad operativa número 2 del Distrito de Salud de Esmeraldas. | Estilos de vida | Acciones, comportamientos y patrones sociales que ejecutan las personas, familias y comunidad en el desarrollo de sus actividades diarias | Saludables | Dieta alimenticia balanceada Actividades físicas Apego a tratamientos médicos | Entrevistas |
| | | | No Saludables | Consumo de alcohol u otras drogas Consumo excesivo de grupos alimenticios | |
| | Hipertensión arterial | Elevación aguda de la presión arterial (PA) que puede producir lesiones en órganos diana | Normotenso | <120 / <80 | Revisión de historia clínica |
| | | | Prehipertensión | 120-139/ 80-80 | |
| | | | Hipertensión estadio 1 | 140-159/ 90-99 | |
| | | | Hipertensión estadio 2 | >160/ >100 | |

| | | | | | |
|---|---|--|-----------------|-----------------------------|--|
| Identificar los factores de riesgo hipertensivos relacionado con la práctica de estilo de vida saludable desde la perspectiva de los pacientes con crisis hipertensiva. | Factores de riesgo hipertensivos | Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona en desarrollar cuadros hipertensivos | No modificables | Sexo: Hombre o mujer | Encuesta/ Revisión de historia clínica |
| | | | | Raza | |
| | | | | Edad | |
| | | | Modificables | Control de peso | |
| | | | | Uso del tabaco | |
| | | | | Alcohol | |
| | | | | Actividad física | |
| | | | | Ingesta de sodio | |
| | | | | Ingesta de potasio | |
| | | | | Consumo de cafeína | |
| Cambios en la dieta | | | | | |
| Establecer complicaciones de salud asociados a crisis hipertensiva en pacientes que acuden con cuadros de | Complicaciones de salud asociados a crisis hipertensiva | Aumento de riesgos de muerte por desarrollo de manifestaciones clínicas a causa de crisis hipertensiva | Sin lesiones | No aplica | Encuesta/ Revisión de historia clínica |
| | | | Leves | Efectos sobre órganos diana | |

| | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--|--|
| crisis hipertensiva a las consultas del Centro de Salud Número 2 del Distrito 08D01 del cantón de Esmeraldas. | | | Discapacitantes | Discapacidad asociada a crisis hipertensivas | |
|---|--|--|-----------------|--|--|

Anexo C: Cuestionario de estilo de vida

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar la relación entre los estilos de vida, los grados de HTA, en pacientes adultos que concurren a la atención en el Centro de Salud #2 de la ciudad de Esmeraldas, dicho cuestionario es anónimo manteniendo así la confiabilidad de sus respuestas.

INSTRUCTIVO

Marque Ud. con una X la respuesta que estime conveniente, solo una por pregunta.

I. DATOS PERSONALES

1. Edad : menores de 45-50 () 51-56 () 57-60 ()
2. Sexo : M () F ()
3. Estado Civil : Soltero ()
Casado ()
Conviviente ()
Viudo ()
Divorciado ()
4. Lugar de Nacimiento : Costa () Sierra () Oriente ()
5. Autoidentificación étnica:

6. Grado de Instrucción:
Primaria ()
Secundaria ()
Técnico Superior ()
Educación Superior ()
7. Ud. Trabaja actualmente: SI () NO ()
8. Si es SI, Ud. Indique a que ítems pertenece:
a) Dependiente ()
b) Independiente ()

II. PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS PREVIOS SOBRE FACTORES DE RIESGOS

A continuación, marque con un X, si considera que está de acuerdo con la respuesta o no sobre los siguientes postulados y los factores de riesgo que hacen a persona propensa o agravan su cuadro clínico sobre la hipertensión

9. No practicar ejercicios físicos.

Si_____ No___

10. Consumo frecuente de alcohol.

Si_____ No___

11. Consumo de cocimientos de hierbas.

Si_____ No___

12. Fumar.

Si_____ No___

13. Comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos.

Si_____ No___

14. Realizar viajes frecuentes.

Si_____ No___

15. Familiares con presión alta.

Si_____ No___

16. Consumo de sal encima de las comidas (fritas, tomate, lechuga, col, etc.)

Si_____ No___

17. Tener azúcar elevada en la sangre (Diabetes Mellitus)

Si_____ No___

18. Tener estrés mantenido.

Si_____ No___

19. Ser gordo (Obeso).

Si_____ No___

III. HÁBITOS ALIMENTICIOS

20. ¿Con que frecuencia usted consume comida rápida?

- a) Nunca ()
- b) Casi nunca ()
- c) Frecuentemente ()
- d) Siempre ()

21. ¿Con que frecuencia usted consume frutas y verduras a diario?

- a) Nunca ()
- b) Casi nunca ()
- c) Frecuentemente ()

d) Siempre ()

22. ¿Con que frecuencia usted bebe agua fuera de las comidas

- a) Nunca ()
- b) Casi nunca ()
- c) Frecuentemente ()
- d) Siempre ()

23. ¿Con que frecuencia usted Come entre comidas?

- a) Nunca ()
- b) Casi nunca ()
- c) Frecuentemente ()
- d) Siempre ()

24. ¿Con que frecuencia usted come alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) lo consume?

- a) Nunca ()
- b) Casi nunca ()
- c) Frecuentemente ()
- d) Siempre ()

IV. ACTIVIDAD FÍSICA

25. ¿Con que frecuencia usted realiza caminatas en forma diaria?

- a) Nunca ()
- b) Casi nunca ()
- c) Frecuentemente ()
- d) Siempre ()

26. ¿Con que frecuencia usted duerme un número de horas adecuado a sus necesidades?

- a. Siempre ()
- b. Frecuentemente ()
- c. Casi Nunca ()
- d. Nunca ()

27. ¿Cuántas horas duerme con frecuencia?

- a. Menos de 4 horas ()
- b. De 5 a 6 horas ()
- c. De 7 a 8 horas ()

- d. Más de 8 horas ()
28. ¿Con que frecuencia usted hace ejercicio físico de forma diaria?
- a. Siempre ()
 - b. Frecuentemente ()
 - c. Casi Nunca ()
 - d. Nunca ()
29. ¿Con que frecuencia usted ve la televisión o videos en todos mis ratos libres?
- a. Nunca ()
 - b. Casi Nunca ()
 - c. Frecuentemente ()
 - d. Siempre ()
30. ¿Con que frecuencia usted camina por los menos 2 horas diarias?
- a. Nunca ()
 - b. Casi Nunca ()
 - c. Frecuentemente ()
 - d. Siempre ()

V. HÁBITOS NOCIVOS: CONSUMO DE ALCOHOL

31. ¿Con que frecuencia usted consume bebidas Alcohólicas?
- a. Nunca ()
 - b. Casi Nunca ()
 - c. Frecuentemente ()
 - d. Siempre ()

CONSUMO DE TABACO

32. ¿Con que frecuencia usted fuma?
- a. Nunca ()
 - b. Solo en reuniones ()
 - c. Una vez a la semana ()
 - d. Siempre ()

VI. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO

33. ¿Sigue las indicaciones prescritas por el médico?
- a. Nunca ()
 - b. Casi Nunca ()
 - c. Frecuentemente ()
 - d. Siempre ()

34. ¿Aplica el tratamiento médico en el mismo horario todos los días?

a. Nunca ()

b. Casi Nunca ()

c. Frecuentemente ()

d. Siempre ()

Anexo E. Documento de consentimiento informado



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha