



**UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO
“YUYAYCHACUNA MACHU” INCREMENTANDO LOS
CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA. SANTA
CRUZ 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: CAYAO ROJAS YESSICA LORENA

SANTA CRUZ - CAJAMARCA

2018

**“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO
“YUYAYCHACUNA MACHU” INCREMENTANDO LOS
CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
LOS POBLADORES EL DISTRITO DE LA ESPERANZA. SANTA
CRUZ. 2015”**

*A Dios todo poderoso, a mis padres y amigos
que apoyaron en la realización de esta
investigación*

A mí adorada madre por ser una madre ejemplar, por todo su apoyo, paciencia, amor y lucha por hacernos cada día unas mejores personas. A mi padre por habernos dado todo su amor, ayuda y dedicación. A los docentes por transmitirnos sus valiosos conocimientos, aprendizajes y experiencias para ser mejores profesionales. A todos ustedes desde mi corazón mil gracias

RESUMEN

El presente estudio titulado “Efectividad del programa educativo “YUYAYCHACUNA MACHU” incrementando los conocimientos sobre la hipertensión arterial en los pobladores el distrito de la esperanza. Santa cruz. 2015”. Fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo cuasi experimental, de nivel aplicativo, de corte longitudinal, cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo “Yuyaychacuna machu” incrementando los conocimientos sobre la Hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015. Se tuvo como muestra a 402 pobladores, la técnica que se utilizo fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Se llego a las siguientes conclusiones:

Los pobladores del distrito de la Esperanza. Santa – Cruz, tuvieron pocos o nada de conocimientos sobre la Hipertensión arterial, después de aplicar el programa educativo “Yuyaychacuna machu” se tomo un post-tés y se pudo modificar los conocimientos previos quedando demostrado la hipótesis formulada si es efectivo el programa educativo. Los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa – Cruz, en la aplicación del pre-tes se tuvo que los conocimientos sobre la Hipertensión arterial, eran muy bajos o ninguno. Los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa – Cruz, después de aplicado el programa educativo “Yuyaychacuna machu” se modifico los conocimientos previos sobre todo en los aspectos conceptuales, factores de riesgo y las medidas de prevención.

Palabras claves: programa educativo, hipertensión.

ABSTRACT

The present study entitled "Effectiveness of the educational program" YUYAYCHACUNA MACHU "increasing knowledge about high blood pressure in the residents of the district of hope. Santa Cruz. 2015 ". It was a quantitative type of descriptive, quasi experimental design, of application level, longitudinal cut, whose objective was to determine the effectiveness of the educational program "Yuyaychacuna machu" increasing the knowledge about hypertension in the residents of the district of La Esperanza. Santa Cruz. 2015. It was sampled to 402 settlers, the technique that was used was the survey and the instrument a form type questionnaire. The following conclusions were reached:

The people of the district of Hope. Santa Cruz, had little or no knowledge about arterial hypertension. After applying the educational program "Yuyaychacuna machu", a post - teas was taken and previous knowledge could be modified and the hypothesis formulated if the educational program is effective. The people of the district of La Esperanza. Santa Cruz, in the application of the pre-tes was that the knowledge about arterial hypertension, were very low or none. The people of the district of La Esperanza. Santa Cruz, after applying the educational program "Yuyaychacuna machu" was modified prior knowledge mainly in the conceptual aspects, risk factors and prevention measures.

Key words: educational program, hypertension

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	14
2.3. Definición de términos	28
2.4. Hipótesis	29
2.5. Variables	29
2.5.1. Definición conceptual de la variable	29
2.5.2. Definición operacional de la variable	30
2.5.3. Operacionalización de la variable	30

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	31
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	31
3.3. Población y muestra	32
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	34
CAPÍTULO V: DISCUSION	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	
Matriz	46
Instrumento	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1	
Efectividad del programa educativo “Yuyaychacuna machu” incrementando los conocimientos sobre la Hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015	35
Gráfico 2	
Conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz sobre hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015	36
Gráfico 3	
Conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza - Santa Cruz sobre hipertensión arterial después de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015	37

INTRODUCCIÓN

La morbimortalidad cardiovascular es hoy por hoy la principal preocupación no sólo de los médicos y de los responsables de la salud pública, sino también de la gente común y corriente. Posiblemente ello se deba al impacto de diferentes acciones de información masiva, que reflejan el propósito que anima a la ciencia médica de convertir en herramientas útiles para la conservación de la salud. Sin duda que en los últimos veinte años se ha esclarecido mucho acerca de la hipertensión, y se han identificado con claridad factores que de manera independiente aumentan en forma directa la probabilidad de padecer esta enfermedad. También han aparecido nuevas alternativas terapéuticas y disponemos de una gran cantidad de fármacos que con notable eficacia ofrecen un mejor control de ella y una mayor reducción de la morbimortalidad.

Pero, lo más importante, se han establecido nuevos paradigmas en la conceptualización y manejo de esta enfermedad, lo cual hace imprescindible revisar con atención la evidencia científica y, a la luz de las realidades de cada comunidad, proponer un nuevo marco de referencia para la práctica médica y de las demás profesiones de la salud, tanto más importante en nuestro país cuando estamos desarrollando un nuevo modelo de salud que, basado en la promoción y prevención y en un manejo científico y racional de los recursos.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es una enfermedad que ha cobrado importancia mundial desde el siglo XX, en la actualidad se le considera como una pandemia, y también asesina silenciosa; su incremento puede deberse a los cambios socioculturales, y estilos de vida. Se le considera uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en el mundo, constituye una enfermedad asintomática no curable, problema que a su vez es causante de otras enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal y enfermedades vasculares periféricas, lo que reduce la expectativa de vida en estos pacientes. (1).

Para la Organización Mundial de la Salud la hipertensión arterial constituye hoy en día un serio problema de salud a nivel mundial, que afecta a los países con mayor o menor desarrollo en materia de salud y cuya prevalencia varía según edad, grupo social, asentamiento poblacional, hábitos alimentarios y culturales; enfermedad que se ubica entre las enfermedades crónicas no transmisibles, los riesgos de la hipertensión arterial son las que dañan los órganos, entre los más comunes está el corazón, cerebro y riñones, con consecuencias letales e

incluso la muerte de los pacientes que no se les trata a tiempo o adecuadamente. (2)

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de discapacidad y muerte prematura en el mundo y contribuyen sustancialmente a la elevación de los costes sanitarios. La patología subyacente en las mismas es la aterosclerosis, que se desarrolla a lo largo de los años y suele estar en estado avanzado cuando se manifiestan los síntomas. Según los datos publicados por la OMS, el 63,5% de la mortalidad mundial en 2008 fue debido a enfermedades no transmisibles (ENT) de las que las ECV ocuparon el primer lugar (48%), seguidas del cáncer (21%) y de las enfermedades respiratorias crónicas (11,7%). En 2008, hubo en el mundo 17,3 millones de fallecimientos por ECV, lo que supuso el 30,5% de la mortalidad por ENT y el 26% de la mortalidad por todas las causas. De éstos, 7,3 millones se debieron a cardiopatía coronaria y 6,2 millones a accidentes cerebrovasculares. Las muertes por ECV afectaron por igual a ambos sexos y más del 80% se produjeron en países de ingresos bajos y medios. El 46% de esas muertes afectó a población de menos de 70 años.

La Hipertensión Arterial (HTA) afecta aproximadamente a mil millones de individuos en todo el mundo. ⁽³⁾ Y el envejecimiento poblacional hace esperar un aumento en los próximos años. Se ha estimado que la prevalencia de HTA entre adultos es de un 35%, llegando a un 68% entre mayores de 60 años, afectando a un total de unos 10 millones de sujetos adultos. ^(4, 5)

Los factores de riesgo son el consumo del tabaco, el sedentarismo, la dieta no saludable y el consumo elevado de bebidas alcohólicas, son responsables de alrededor del 80% de las enfermedades coronarias y cerebrovasculares y provocan alteraciones metabólicas con diversos efectos sobre la salud: elevación de la presión arterial (PA), aumento de

peso que conduce a obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia. Respecto a la mortalidad atribuible, a escala mundial, los principales factores por hábitos de vida y fisiológicos son la presión arterial alta (13%), el consumo de tabaco (9%), la hiperglucemia (6%), el sedentarismo (6%) y el sobrepeso o la obesidad (5%). Se estima que la presión arterial alta es responsable del 51% de los accidentes cerebro vasculares mortales y del 45% de las muertes por coronariopatías. (6) (7)

Se estima que la HTA y las afecciones cardiovasculares, son los determinantes más importantes de la desigualdad en salud, en la población adulta y adulto mayor (8,9), y que viene en aumento en los últimos 20 años. Alta prevalencia, y un pobre control terapéutico de las mismas, se ha puesto en evidencia en las poblaciones de bajos recursos.

La HTA es un factor de riesgo cardiovascular que depende de diferentes factores de riesgo, tales como la obesidad, sedentarismo, alcohol, hábitos dietéticos etc. Estos factores difieren acorde el status social, nivel socioeconómico, nivel educativo, género, presencia de DBT, ingesta de sal, stress, al igual que las conductas individuales, pueden relacionarse entre sí. (10)

El riesgo de enfermedad cardiovascular, es mayor en los adultos y ancianos de bajo nivel socioeconómico. Una reciente revisión demostró, que la baja situación económica, se asocia altos niveles de TA media y alta incidencia de hipertensión, en países desarrollados, con una fuerte diferencia a favor de las mujeres respecto a los hombres. Sin embargo, la magnitud de tal asociación es pequeña y, se relaciona a la obesidad. Se ha visto que los niños de familias de escasos recursos, no tienen mayor riesgo de HTA que los niños con situación económica alta, sugiriendo que, una baja situación económica puede influir sobre la presión arterial, en la juventud o antes de llegar a adultos mayores (11, 12, 13)

Si bien la situación económica, es un punto importante en el desarrollo de esta enfermedad, una visión más dinámica, incluiría historia natural temprana de la enfermedad cardiovascular (antecedentes hereditarios, dietéticos, etc).

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial varía según grupo de edad. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26,2% y en mayores de 69 años a 36,3%, lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial, entre adultos de 60 a 69 años, corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva (14)

Dentro de las medidas de prevención los programas de hipertensión arterial están orientados a proporcionar información sobre los cuidados a tener en cuenta en el hogar mediante actividades educativas diseñadas a ampliar el conocimiento del paciente, por sus efectos negativos sobre la salud; enfatizando en la modificación de los estilos de vida a través del control del peso corporal, incrementando la actividad física, disminuyendo el sedentarismo, el consumo de alcohol, sal, educación nutricional, proporcionando alimentos que favorezcan salud, eliminación del hábito de fumar y las complicaciones al que está expuesto. (15)

Muchos pobladores de la Esperanza refieren que “antes no le daba importancia el realizar ejercicios y consumir frutas y verduras”. Otros refirieron que “consumían más carbohidratos, alimentos con exceso sal, y sobre todo no conocen acerca de la enfermedad, el tratamiento y el control que deben llevar”, otros contestaban “no tengo tiempo para realizar ejercicios”, “llevo una vida muy desordenada sobre todo en mi alimentación, “tengo sobrepeso”, “mayormente los alimentos que ingiero

son frituras”, “como mucha hamburguesa de pollo y gaseosa”, “llevo una vida muy sedentaria”, entre otras expresiones. No hay que olvidar que la hipertensión arterial repercute la calidad de vida y puede generar incapacidad laboral así como severas complicaciones en el organismo, como infartos cerebrales insuficiencia renal y otros,

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Yuyaychacuna machu” incrementando los conocimientos sobre la Hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz sobre hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015?
- ¿Cuáles son los conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz sobre hipertensión arterial después de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la efectividad del programa educativo “Yuyaychacuna machu” incrementando los conocimientos sobre la Hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz sobre hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015
- Identificar los conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz sobre hipertensión arterial después de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La hipertensión arterial constituye una de las enfermedades cardiovasculares de mayor incidencia en el ámbito mundial, que afecta principalmente a la población adulta, trayendo como consecuencias un incremento de la mortalidad e incapacidad (1)

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial varía según grupo de edad. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26,2% y en mayores de 69 años a 36,3%, lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial, entre adultos de 60 a 69 años, corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva (4)

La hipertensión arterial está asociada a factores de riesgo porque entre el 90 a 95% de los casos de hipertensión arterial no tienen causa conocida, por lo que recibe el nombre de hipertensión arterial esencial o primaria (6) También existen factores genéticos o hereditarios. La posibilidad de desarrollar hipertensión es el doble si los padres son hipertensos que si

los padres son normotensos. La hipertensión es considerada una enfermedad silenciosa que afecta a órganos diana tales como el corazón, los riñones o el cerebro (6)

El estudio tendrá trascendencia porque generara evidencias para la realización de otros trabajos enfocados en el tema. Es útil porque sus resultados permitirán encontrar estrategias para fomentar una buena calidad en la atención de salud.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a los resultados sólo servirán para las instituciones donde se llevara a cabo la investigación

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

GUTIERREZ Jaramillo Javier en su estudio titulado “Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión arterial”. Colombia. 2006. El cual tuvo como objetivo determinar el tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida al manejar la HTA. El tratamiento no debe ser dirigido solo a normalizar las cifras tensionales, sino también a corregir todos los factores de riesgo. Cada tratamiento debe ser individualizado, escogiendo el grupo de medicamentos indicado para cada situación especial. Los betas bloqueadores son medicamentos de primera línea en el hipertenso con enfermedad coronaria. Se debe ser más estricto en bajar la presión arterial en el paciente diabético y tratarlo como prevención secundaria de enfermedad coronaria. En esta situación los IECA son medicamentos de primera línea. En el hipertenso con falla cardiaca siempre se debe considerar los betabloqueadores, los IECA y la Espironalactona. Llegando a las conclusiones

“La modificación de los estilos de vida, tales como la reducción de peso, los cambios en la dieta, el ejercicio, la disminución del consumo de

alcohol, y el control de estrés, han resultado efectivo para reducir o normalizar la presión arterial en muchos pacientes. Sin embargo, aconsejar y lograr cambios en los estilos de vida no es tarea fácil, ya que estos constituyen un conjunto de comportamientos organizados, complejos y duraderos, altamente impregnados del entorno físico, psicosocial y cultural. El médico de familia por su proximidad al paciente hipertenso, el conocimiento de su entorno familiar y social se encuentran en un lugar privilegiado para desarrollar intervenciones desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a los hábitos cotidianos, las necesidades, las preferencias y los antecedentes particulares de cada individuo, con la esperanza, de elegir estrategias que atraigan la participación activa del paciente en el proceso de autocuidado, favorezcan la adherencia a los regímenes prescritos y permitan un esfuerzo continuo o periódico de los logros alcanzados". (16)

JIMENEZ Ortega Ulises en su estudio titulado "Estilos de vida en pacientes hipertensos de un consultorio médico de familia". Venezuela. 2005. Cuyo objetivo fue valorar el comportamiento de los estilos de vida en pacientes hipertensos leves y moderados del Consultorio Médico de Familia del Policlínico Marta Abreu. Se seleccionaron al azar 50 pacientes, se les aplicó una encuesta con variables como presencia de estrés, hábitos tóxicos, dieta, práctica de ejercicios físicos y cumplimiento del tratamiento medicamentoso; así como el índice de masa corporal según grupo de edades. Los resultados fueron mayor frecuencia en el grupo de los administrativos 32% y estudiantes 16%. En cuanto a los hábitos tóxicos en los pacientes hipertensos se observa que en la mayoría estos se encuentran presentes, presentándose con mayor frecuencia la ingestión de café con un 84%, hábito de fumar un 74% y la ingestión de alcohol 58%. Es de señalar que estos hábitos son repetitivos en la mayoría de los pacientes, se observa la menor frecuencia el consumo de drogas el 4%. Además presentan un consumo excesivo de sal y grasa animal para un 72% y 70% respectivamente, se observa con menor frecuencia la ingestión de grasa vegetal y vegetales más de 5 veces por semanas con un 30% y 20%. Se observa que a medida que la edad avanza existe mayor porcentaje de pacientes con un

cumplimiento adecuado del tratamiento medicamentoso; reflejándose un mayor cumplimiento del tratamiento en el grupo de 49-58 años y en los pacientes de 59 y más con un 20% y 22% respectivamente, observándose un menor cumplimiento en los grupos de menor edad. Las conclusiones a las que se llegó fueron:

“Que se presentó el estrés con mayor frecuencia en el nivel ocupacional administrativo, los hábitos tóxicos más frecuentes fueron la ingestión de café, el hábito de fumar y el consumo de alcohol, se presentó un excesivo consumo de sal y grasa animal, la mayoría de los pacientes no realizan ejercicios físicos, a medida que aumenta la edad aumenta el índice de masa corporal y el cumplimiento del tratamiento medicamentoso”. (17)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

LINARES, Ingrid en su investigación titulado “estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor Hipertenso. Essalud hospital Nuevo Chimbote. 2007. El presente estudio de tipo descriptivo correlacional se realizó con la finalidad de establecer la relación entre el nivel de autocuidado y el estilo de vida del adulto mayor hipertenso. La muestra fue de 115 adultos mayores hipertensos, a quienes se les aplicó dos instrumentos para medir el estilo de vida y el nivel de autocuidado. Ambos instrumentos fueron garantizados en su confiabilidad y validez. Los datos fueron procesados en el software SPSS versión 14.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Se reporta como resultados que el 60.87% de los adultos mayores hipertensos presentan un estilo de vida favorable y un buen nivel de autocuidado, que el 39.13% de adultos mayores hipertensos tienen un estilo de vida desfavorable y un buen nivel de autocuidado. Llegando a la conclusión:

“Los adultos mayores hipertensos tienen un buen nivel de autocuidado, independiente a cual sea su estilo de vida”. (18)

GUERRERO Yactayo, Marleny en su estudio titulado “estilo de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el programa del adulto mayor del hospital Rezola-Cañete. 2010. El objetivo general de la presente investigación fue determinar el perfil de los estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el programa del adulto mayor del hospital Rezola-Cañete, utilizando una metodología del estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el programa, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, fue sometido a un juicio de expertos para determinar la validez y el coeficiente de Alfa de Cronbach. Llegando a la conclusión:

“Los estilos de vida en la alimentación es parcialmente saludable; consumen alimentos 3 veces al día, mayormente carbohidratos y proteínas, 3 vasos de agua al día, y en la casa; en descanso sueño es parcialmente saludable; permanecen frente al televisor 3 horas diarias, duermen 7 a 8 horas diarias y hacen siesta de ½ hora después de almorzar; en actividad física es saludable; realizan sus ejercicios diariamente, más de 3 horas a la semana, en las mañanas y consideran tener una actividad física muy activa; en control del estrés es parcialmente saludable; asisten siempre al Club del adulto mayor y participan en terapias de ejercicios de relajación; en adherencia al tratamiento es saludable; toman medicamentos como el captopril, enalapril, alodipino; asisten al programa de hipertensión continuamente, a las consultas y cumplen las recomendaciones dadas en el programa; y en hábitos nocivos es parcialmente saludable; no consumen bebidas alcohólicas, no consumen café y no fuman. (19)

SOTO Victor y otros, en su investigación sobre: “Factores determinantes del abandono del programa de hipertensión arterial, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. EsSalud,” Chiclayo. 2000. Cuyo objetivo fue determinar los factores determinantes por los que el paciente asegurado abandona el programa de hipertensión arterial. La población fue de 126 pacientes que abandonaron el programa por más de 6 meses y

250 controles. El instrumento fue una encuesta que se aplicó a domicilio. Las conclusiones a las que se llegó fueron:

“El conocimiento inadecuado sobre la hipertensión arterial fue el principal factor determinante del abandono del Programa de Hipertensión Arterial en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Es salud. Representando el 15.3% y la alterabilidad del estilo de vida 4.5%, no encontrándose asociación con el maltrato del profesional asistencial...” (20)

BORJAS Pezo, Hernán realizó un estudio titulado “Ejercicios terapéuticos como alternativa para el control no farmacológico de HTA en el Hospital Sergio E. Bernales” Lima. 2000. Cuyo objetivo fue determinar el nivel PA en los pacientes que realizan ejercicios terapéuticos como alternativa para el control no farmacológico de la HTA. El método fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 73 pacientes, El instrumento fue una encuesta. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los ejercicios de tipo dinámico contribuyen a la disminución de la Presión Arterial, en pacientes con cuadros de Hipertensión Leve, mejorando su calidad de vida. La aplicación de Programas de ejercicios terapéuticos en el control de HTA, disminuye el costo terapia-paciente y aumenta el beneficio social.” (21).

SOSA José y otros en su estudio sobre “Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas”, Perú. 2009. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los estilos de vida en tres comunidades. El estudio fue de corte transversal en las comunidades de Zarumilla, Tarata y Quillabamba en pobladores mayores de 25 años. La prevalencia de presión arterial elevada en la población estudiada fue más alta en la población en Zarumilla, siendo los valores menores en Tarata. La población de Tarata era una población que mayoritariamente se dedicaba a la agricultura y sus pobladores caminaban un promedio de 6 Km diarios. De la población encuestada el 35.3% tenía antecedente de haber sido diagnosticado de padecer de HTA, el 31.4% seguía tratamiento antihipertensivo. No se encontró relación entre sexo y

presión arterial alta. En el 14.9% de la población hipertensa se observó la presencia de Hipertensión sistólica aislada (HSA), El 81.8 % con HSA, eran mayores de 65 años. Antecedente de HTA familiar el 18.66%, 68.5% no fumaba y el 78 % tenía el hábito de fumar aunque ninguno de los encuestados fumaba más de 10 cigarrillos al día. El 39,47% de la población encuestada tomaba licor y el 37.25% de la población hipertensa, considerándose como bebedores sociales, el licor más consumido fue la cerveza, no se observaron diferencias entre el grupo de bebedores hipertensos y no hipertensos. Con relación a los hábitos alimentarios se observó que la población normotensa consumía con menor frecuencia carnes rojas y en cambio era mayoría ingesta de cereales, tubérculos y frutas. Las conclusiones a las que se llegó fueron:

“La prevalencia de presión arterial elevada en la población mayor de 25 años, de 22,38% en Zarumilla, 19,17% de Quillabamba, y 11.88% Tarata. El 35.3% de los encuestados hallados con cifras de presión arterial elevada tenían antecedentes de diagnóstico de HTA, solo el 31.4 seguía un tratamiento antihipertensivo. Se encontró una relación directa entre cifras de presión arterial e índices de masa corporal. Es necesaria la difusión permanente de estilos de vida saludables en la comunidad.” (22)

RAFAEL Arqueros Rufina y BERNEDO Juárez Silvia, en su estudio sobre “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007”. Perú. 2009. Cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida de los pacientes post operados de cirugía cardíaca antes y después de haber participado en el Programa de Rehabilitación Cardíaca. El método fue descriptivo longitudinal, la muestra estuvo conformada por 48 pacientes. La técnica fue la entrevista. El instrumento fue cuestionario. Las conclusiones fueron:

“El estilo de vida de los pacientes coronarios fueron modificados en relación al antes y después de su participación en el programa de

rehabilitación cardíaca, así tenemos que del total de 48 pacientes coronarios que participaron en el programa de rehabilitación cardíaca antes un 91.7% ingería algún tipo de bebida alcohólica, un 70.8% fumaba y un 50% realizaba algún tipo de ejercicio físico los cuales después de su participación en el programa fueron modificados favorablemente correspondiéndoles un 100% no así en cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas, que aun persistía su consumo en un 2701% delo mismo modo no se evidencia cambio significativo en la disciplina de toma de medicamentos y vida sexual".(23)

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares ECV que por cualquier otra causa. (24) Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo (25); 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes vasculares cerebrales AVC. (25)

Las muertes por enfermedades cardiovasculares, afectan por igual a ambos géneros, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que para el 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, y seguirá siendo la principal causa de muerte. (26)

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos.

Las 9.4 millones y medio de muertes anuales, es decir, el 16,5% de las muertes anuales, son atribuibles a la hipertensión. Esto incluye el 51% de las muertes por accidentes vasculares cerebrales y el 45% de las muertes por cardiopatía coronaria. (27) Según las estadísticas recientes la tasa de mortalidad en los países desarrollados ha comenzado a disminuir pero esta mortalidad está aumentando en forma significativa en países de bajos y medianos ingresos, estando el 80% de la carga de estas enfermedades en dichos países. En el Perú, en el año 2004, de 635,500 muertes registradas en las estadísticas de la OMS, 113,000 fueron de causa cardiovascular, correspondiendo 39,700 a enfermedad isquémica, 30,200 a enfermedad cerebro vascular, 15,000 enfermedad hipertensiva, 800 enfermedades inflamatorias del corazón y 600 enfermedad reumática. Conociendo las limitaciones de las estadísticas nacionales es muy probable que las cifras sean bastante mayores.

En el Perú, según el estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología, la prevalencia es de 23,7% en la población adulta. Existe hipertensión arterial en las tres regiones naturales del Perú, siendo su prevalencia de 27,3% en la costa, 20,4% en la sierra y 22,7% en la selva. (28)

Las causas más importantes de cardiopatía y AVC son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebro vascular.

Los efectos de las dietas malsanas y de la inactividad física pueden manifestarse por aumentos de la tensión arterial, el azúcar y las grasas de la sangre, sobrepeso u obesidad. Estos

“factores de riesgo intermediarios” pueden medirse en los centros de atención primaria y señalan un aumento del riesgo de sufrir infarto de miocardio, ACV, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de ECV. El riesgo cardiovascular también se puede reducir mediante la prevención o el tratamiento de la hipertensión, la diabetes y la hiperlipidemia. (29) Una vez establecida la enfermedad queda el tratamiento de ella como una consecuencia inmediata, lo cual en el caso de las enfermedades cardiovasculares significa una gran carga económica para las entidades responsables del cuidado de la salud y, en última instancia, para los gobiernos. Lo lógico frente a este problema es la prevención de la aparición de estas enfermedades, por ello las políticas deben crear entornos propicios para elegir opciones saludables asequibles esenciales para motivar a las personas para que adopten y mantengan comportamientos saludables.

Hipertensión arterial

La Hipertensión Arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales. Una persona es hipertensa cuando se encuentran cifras tensionales por encima de 140-90 mmHg en tres tomas realizadas en diferentes días y/o en diferentes posiciones ya sea en decúbito dorsal o posición sentada, con intervalo de 5 minutos, tomando en cuenta que previo a la toma el paciente debe tener un reposo mínimo de 15 minutos.(30)

Fisiopatología

La presión arterial alta es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas arteriolas que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta. La hipertensión puede afectar a la salud de cuatro maneras principales:

Endurecimiento de las arterias. La presión dentro de las arterias puede aumentar el grosor de los músculos que tapizan las paredes de las arterias. Este aumento del grosor hace más estrechas las arterias. Si un coagulo de sangre obstruye el flujo sanguíneo al corazón o al cerebro, puede producir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular.

Agrandamiento del corazón. La hipertensión obliga al corazón a trabajar con más intensidad. Como todo musculo muy usado, el corazón aumenta de tamaño. Cuanto más grande es el corazón, menos capaz es de mantener el flujo sanguíneo adecuado. Cuando esto sucede, uno se siente débil y cansado y no puede hacer ejercicio ni realizar actividades físicas. El corazón ha comenzado a fallar ante el esfuerzo.

Daño renal. La hipertensión prolongada puede dañar los riñones si las arterias que los riegan se ven afectadas.

Daño ocular. En los diabéticos, la hipertensión puede generar rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames. Este problema se denomina retinopatía y puede causar ceguera

Hipertensión primaria o esencial.- Entre estas tenemos:

Factores comportamentales

- **Tabaquismo:** El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA.
- **Alcohol:** El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD (Presión Arterial Sistólica) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana independiente del consumo semanal total. Se ha encontrado una asociación positiva entre la ingesta de alcohol y la presión sanguínea tanto sistólica como diastólica. Individuos que consumen 3 o más bebidas alcohólicas por día (una bebida estándar contiene aproximadamente 14 g de etanol y está definida como un vaso de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de mesa de 6 onzas o 1.5 onzas de licores destilados), presentan una elevación pequeña pero significativa de la presión sanguínea comparados con no bebedores. La contribución a la prevalencia de HTA atribuida al consumo de más de dos bebidas de alcohol por día se ha estimado en un 5-7%, siendo el efecto mayor en hombres que en mujeres.
- **Sedentarismo:** La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
- **Alimentarios y Nutricionales:** Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. El riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta de sal. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de

riesgo en hipercolesterolemia debido al poder iatrogénico que incrementa los niveles de colesterol. Se ha encontrado asociación con consumo alto de ácidos grasos, colesterol y sodio y baja ingesta de potasio, magnesio, calcio y fibra.

- **Psicológicos y Sociales:** El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos).

Factores metabólicos

- **Sobrepeso y Obesidad:** El sobrepeso (IMC > de 25) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mm Hg y PAD de 1-3 mmHg. El perímetro abdominal 80 cm. en mujeres y 90 cm. en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia. Varios factores han asociado obesidad e HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardiaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.
- **Dislipidemias:** El aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.
- **Diabetes Mellitus:** La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.
- **Síndrome Metabólico:** Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que

está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

- **Antecedentes familiares de hipertensión:** Cuando se transmite de padres a hijos se hereda 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) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.
- **Sexo:** La EC y la ECV de tipo arterioesclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en hombres. 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 esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La HTA (hipertensión Arterial) y el ECV (Accidente Cerebro Vascular) hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.
- **Edad y Raza:** Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad. La edad es otro factor, por desgracia 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 los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los

individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

Hipertensión secundaria: Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.
- Acromegalia, que es cuando la glándula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.
- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitarias.
- Embarazo
- Estenosis de la arteria renal
- Medicamentos (pastillas anticonceptivas, ciertos medicamentos para el resfriado, cortico esteroides, medicamentos para la migraña).

Clasificación

Normal Inferior a 120 Inferior a 80

Pre hipertensión 120-139 80-89

Hipertensión

Grado 1 140-159 90-99

Grado 2 160 o más 100 o mas

Síntomas

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan:

- Dolor torácico
- Confusión

- Vértigos, Mareos al levantarse o al cambiar de posición
- Adormecimiento de mitad del cuerpo.
- Zumbido o ruido en el oído
- Fatiga, Cansancio.
- Cefalea
- Taquicardias o aceleración de la frecuencia cardíaca
- Hemorragia nasal
- Ansiedad.
- Nauseas, Vómitos.
- Respiración entrecortada.
- Sudor excesivo.

Complicaciones

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial, dependiendo del tiempo de evolución.

El principal riesgo es el infarto de miocardio. Un hipertenso no tratado tiene, como media, 10 veces más riesgo de morir de infarto que un individuo con tensión normal. La hipertensión puede producir trombos o rupturas arteriales, pudiendo dar lugar a hemorragias, daño en las células nerviosas, pérdida de memoria o parálisis. (31)

El riñón también sufre las consecuencias de la hipertensión arterial y entre los pacientes hipertensos se produce insuficiencia renal con más frecuencia que entre los normotensos. Los pequeños vasos del fondo del ojo, también se ven amenazados por la hipertensión, que favorece su rotura y las hemorragias, que

puedan llevar incluso a la pérdida de la visión. Existen otras complicaciones tenemos:

Ateroesclerosis: Es una afección en la cual se deposita material graso a lo largo de las paredes de las arterias. Este material se vuelve más grueso, se endurece (forma depósitos de calcio) y puede finalmente bloquear las arterias. La ateroesclerosis es un tipo de arterioesclerosis, aunque los dos términos a menudo se utilizan para referirse a la misma cosa.

Insuficiencia cardíaca: Es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo. La insuficiencia cardíaca es una afección crónica y prolongada, aunque algunas veces se puede presentar repentinamente. La enfermedad puede afectar únicamente el lado derecho o el lado izquierdo del corazón y se denominan insuficiencia cardíaca derecha o izquierda respectivamente. Con mucha frecuencia, ambos lados del corazón resultan comprometidos. La insuficiencia cardíaca ocurre cuando se presentan los siguientes cambios:

- El miocardio no puede bombear o expulsar muy bien la sangre fuera del corazón y se denomina insuficiencia cardíaca sistólica.
- Los músculos del corazón están rígidos y no se llenan con sangre fácilmente. Esto se denomina insuficiencia cardíaca diastólica.

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

La principal medida para mejorar el control de la hipertensión arterial es la adherencia al tratamiento. Esta se consigue con un paciente motivado es decir cuando el médico o personal de salud, logra la confianza y credibilidad suficiente para que los pacientes

tomen la medicación prescrita y mantengan los Estilos de Vida Saludables. El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de las cifras de presión arterial, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco y control de los factores de riesgo cardiovascular. (32)

Antihipertensivos de primera elección

Diuréticos tiazidicos

- **Hidroclorotiazida:** posee un efecto diurético y antihipertensor que actúa disminuyendo el volumen plasmático y del líquido extracelular. Se absorbe por vía oral la presencia de alimentos aumenta su absorción se elimina por vía renal. Y está contraindicado en pacientes con problemas renales, pacientes anuricos e hipersensibilidad a las tiazidas.

Diuréticos de ASA

- **Furosemida** que es un diurético muy efectivo, utilizado en tratamientos de: edemas como antihipertensor en crisis hipertensiva y su administración es por vía oral y parenteral.
- **Bloqueadores beta adrenérgicos:** Los más utilizados son: Atenolol Pindolol y Timolol, actúan bloqueando los efectos de la adrenalina, en hipertensión se usa combinado con otros medicamentos, angina de pecho prevención de infarto del miocardio.
- **Antagonistas de calcio:** Los más utilizados en el tratamiento de la hipertensión son: Amlodipina y Nifedipina que ayudan a prevenir la contracción de los vasos sanguíneos bloqueando la entrada del calcio dentro de sus células. Se absorbe por vía oral se metabolizan en el hígado y se elimina por vía renal.
- **Inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina IECA:** La angiotensina es una sustancia química que hace que los

vasos sanguíneos se mantengan contraídos y entre estas tenemos:

Captopril.- es un antihipertensivo (agente que reduce la presión arterial) conocido como inhibidor de la ECA (enzima convertidor de la angiotensina). El Captopril controla la Presión Arterial Alta mediante la relajación de los vasos sanguíneos, pero no la cura. Los niveles elevados de presión arterial pueden dañar sus riñones y causar derrames cerebrales o insuficiencia cardíaca. El Captopril también sirve para el tratamiento de insuficiencias cardíacas (cuando el corazón no bombea con la suficiente fuerza) y de algunos trastornos renales.

Enalapril.- Actúa sobre el sistema renina-angiotensina aldosterona de forma competitiva específica y reversible. Se absorbe por vía oral su vida media es de 3 - 4 horas ejerce su acción a nivel gastrointestinal y hepática y se elimina por vía renal. Las reacciones adversas son: mareo, cefalea, astenia y fatiga. Esta medicación no se debe administrar en embarazadas, lactancia e hipersensibilidad a la Enalapril.

Estilos de vida saludable

Es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. La modificación de los estilos de vida, reduce la presión Arterial, aumenta la eficiencia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Los estilos de vida saludable son las siguientes:

- **Nutrición equilibrada:** Una nutrición adecuada y equilibrada es fundamental para mantener una buena salud. Podemos

mirar en la pirámide alimentaria los alimentos para una nutrición sana, equilibrada y saludable y así evitar contraer enfermedades. Conviene limitar el consumo de carne y grasas de origen animal, y sustituirlo por pescado, frutas, verduras y alimentos ricos en calcio (los lácteos deben ser desnatados, especialmente en los pacientes que padecen de obesidad o aumento del colesterol y especialmente en pacientes con insuficiencia renal). Consumir alimentos cocidos o a la plancha, no fritos, Evite ensalada cremosa (mayonesas, etc.), reducción de la grasa de la dieta, sobre todo de las grasas saturadas, le ayuda de dos formas: Facilita la pérdida de peso, Ayuda a reducir el colesterol

- **Reducción de sodio en la dieta:** Los alimentos tienen suficiente sal para las necesidades del organismo. El exceso favorece la Hipertensión Arterial porque retiene líquidos. Se aconseja cocinar con poca sal. Con una ingesta total de sal menor a 6g diarios, de estos menos 2g deben corresponder a la sal utilizada durante el procesamiento de los alimentos o añadida en la mesa, la cantidad restante (4g) corresponde al contenido intrínseco de sodio en los alimentos. El sodio atrae el agua y como consecuencia, ocasiona una mayor retención de líquidos y por consiguiente aumenta el caudal sanguíneo y finalmente aumenta nuestra tensión arterial. La pérdida de peso es la medida inicial más eficaz para bajar la tensión, sobre todo en los pacientes con sobrepeso. Reducir 4 ó 5 Kg. produce ya descensos de PA. La obesidad se determina calculando el IMC (Índice de la Masa Corporal) y midiendo el perímetro de la cintura (obesidad abdominal).
- **Actividad física:** Según Cooper define el ejercicio físico como "el método para poner más años en su vida y más vida en sus años". La mayoría de las personas pueden beneficiarse de realizar actividad física de forma regular. Es frecuente que la

gente piense que hace suficiente ejercicio en el trabajo. Muchos piensan que son demasiado viejos para empezar, otros que su forma física ya es demasiado mala para intentar recuperarla. Llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios, tanto físicos como psicológicos, para la salud.

Actividades físicas Tenemos:

- Las caminatas es una actividad que se practica en todo tipo de terrenos, y no tiene restricciones de edad, sexo o condición física. El caminar se ha tornado en una actividad muy popular. Su flexibilidad permite practicarlo casi en todas las circunstancias y lugares. Sus alcances se proyectan desde el control de peso, hasta ser uno de los métodos más efectivos para vigorizar nuestra capacidad física, mental y espiritual. Dentro de sus múltiples beneficios, el caminar favorece al paciente hipertenso a disminuir su presión arterial sanguínea; fortalece al corazón; disminuye los riesgos de la arteriosclerosis al disminuir los niveles de las lipoproteínas de baja densidad, además aumenta los niveles de las lipoproteínas de alta densidad; ayuda a reducir de peso y pudiera ayudar a prevenir la osteoporosis. En la actualidad, el caminar se ha tornado en la actividad preferida para los pacientes en recuperación después de un ataque al corazón. En realidad, 8 de cada 10 personas mejoran su estado de salud si caminaran.
- La natación es uno de los deportes que tiene grandes beneficios para la salud y puede ser practicado por las mayorías de las personas sin tener en cuenta la edad, ya que es excelente tanto para niños como para personas de avanzada edad. El agua es un medio muy beneficioso para el cuerpo, relajante, sin impactos agresivos y favorece las funciones orgánicas, además de que es un deporte muy bueno

para quemar calorías. La natación tiene la ventaja que puede ser practicada de muchas formas y adaptarse a las necesidades individuales de cada persona.

- La calistenia o estiramiento muscular es un sistema de ejercicios físicos que tienen como objetivo el movimiento de grupos musculares para lograr así el calentamiento de los músculos preparándolos así para una actividad física. La idea es trabajar cada grupo muscular en forma separada, especialmente los brazos, el abdomen, estiramiento de las extremidades.

- **Evitar el consumo de tóxicos:** El alcohol es considerado una droga legal que altera la forma en que los individuos perciben el mundo, se cree que es la droga más antigua y usada del mundo. Se estima que un consumo de 5 tomas de alcohol al día se asocia a un incremento de 4-5 mmHg en la TAS y 3 mmHg en la TAD en hombres y mujeres.

Evitar el consumo del Tabaco: Es considerado una de las sustancias más adictivas y nocivas que consume libremente el ser humano en la actualidad. El tabaco se consume principalmente a través de la inhalación del humo que su combustión genera. Debe evitarse ya que es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Reducción de consumo de café: Produce una subida de PA ligera y de corta duración. No se prohíbe por sistema, pero sí recomendamos limitar el consumo a tres tazas diarias.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Estilos de vida del paciente:** Son los cambios de conducta obtenidos a través de práctica segura en beneficio de su salud y la de su familia

- **Conocimiento:** es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a posteriori o a través de la introspección a priori, en su sentido más amplio.
- **Programa educativo:** Son todas las actividades que realiza el profesional de enfermería orientado a fomentar la adopción de estilos de vida saludable que contribuyan a controlar la HTA y disminuir el riesgo de complicaciones.
- **Prevención de la hipertensión arterial:** Son las acciones que se realiza de forma anticipada para minimizar un riesgo de enfermarse en este caso de la hipertensión arterial.
- **Adultos mayores:** Son todas las personas que tienen 60 o más años de edad.

2.4. Hipótesis

H_1 = El programa educativo “Yuyaychacuna machu” es efectivo en el incremento de conocimientos sobre la Hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza.

H_0 = El programa educativo “Yuyaychacuna machu” en el incremento de conocimientos sobre la Hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza no es efectivo.

2.5. VARIABLES

Programa educativo “Yuyaychacuna machu”

2.5.1. Definición operacional de la variable

El programa “Yuyaychacuna machu” está orientado a proporcionar información sobre los cuidados a tener en cuenta en el hogar mediante actividades educativas diseñadas para ampliar

los conocimientos de los pobladores del AA.HH la Esperanza, por sus efectos negativos en la salud.

2.5.2. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Programa educativo "Yuyaychacuna machu"	<p>1ra Sesión Educativa: Aspectos Conceptuales</p> <p>2da Sesión Educativa: Factores de riesgo</p> <p>3ra Sesión Educativa: Medidas preventivas</p>	<p>Adulto Mayor Proceso del envejecimiento Hipertensión Arterial Fisiopatología</p> <p>Sedentarismo Obesidad Consumo de sustancias toxicas</p> <p>Modificación del estilo de Vida Alimentación Actividad física control del peso corporal, evitar el consumo de alcohol, eliminar el habito de fumar</p>

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. NIVEL, TIPO Y METODOS

El presente estudio fue de tipo cuantitativo ya que los datos se expresaron en valor numérico, de diseño descriptivo cuasi experimental, de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para ser modificarlo, de corte longitudinal ya que la información que se obtuvo conforme fueron apareciendo.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El distrito de la Esperanza se encuentra ubicado en la provincia de Santa Cruz, departamento de Cajamarca. Limita al sur con el distrito de Yauyucán, al sureste con el distrito de Andabamba, al norte con el distrito de Chancay baños, al este con el distrito Utcyacu, y al oeste con el distrito de Santa Cruz.

El distrito de La Esperanza tiene una población de 2664 habitantes (INEI 2014) y una densidad demográfica de 52.2 hab/km². Así mismo abarca una superficie de 59.7 km², y se encuentra a una altitud de 1700 m.s.n.m. Presenta un relieve accidentado, tiene como afluente los ríos de Chancay Baños y el Río Nieves, su productividad principal se basa en la agricultura

y pequeña ganadería, sus pobladores en su mayoría contribuyen con el ingreso económico adquirido como parte de trabajar como obreros.

El Distrito de La Esperanza, en la actualidad en el Distrito cuenta con tres establecimientos de Salud: La Esperanza del Distrito capital, Puesto de Salud Chaquil y Puesto de Salud Miraflores, existiendo un médico para todo el distrito, tres enfermeros y una obstetra, cinco Técnicos en Enfermería, los cuales realizan trabajos intramurales y extramurales, es allí donde son captados los pacientes con enfermedades no transmisibles como en el caso nuestro la hipertensión arterial.

En los dos últimos años según datos de Servicios de Salud Santa Cruz, en el Distrito de la Esperanza y sus establecimientos de salud el 15% de la población adulta sufre de enfermedades degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes, obesidad siendo un factor de riesgo para toda la población en especial para los de la edad avanzada.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por los 402 pobladores del distrito de La Esperanza de Santa Cruz

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por los 402 del distrito de La Esperanza de Santa Cruz

Criterios de inclusión son:

Pobladores de ambos géneros distrito de La Esperanza de Santa Cruz.

Pobladores mayores de 30 años y menor de 70 años

Pobladores que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión son

Pobladores que no acepten participar en el estudio

Pobladores menores de 30 años y mayores de 70 años

3.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario el cual consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a juicio de 8 expertos, para luego procesar los resultados en la tabla de concordancia y prueba binomial. Posterior a ello se realizó la validez del instrumento mediante el coeficiente de Pearson y la confiabilidad mediante la prueba de alfa de combach

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Previo a la recolección de datos se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Presidente comunal del distrito de La Esperanza de Santa Cruz. Luego de ello se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes a fin de elaborar el cronograma de las sesiones educativas y la recolección de datos, considerando un promedio de 15 minutos para la aplicación del instrumento (pre Tés y post Tés). Posterior a la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el programa de Excel, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

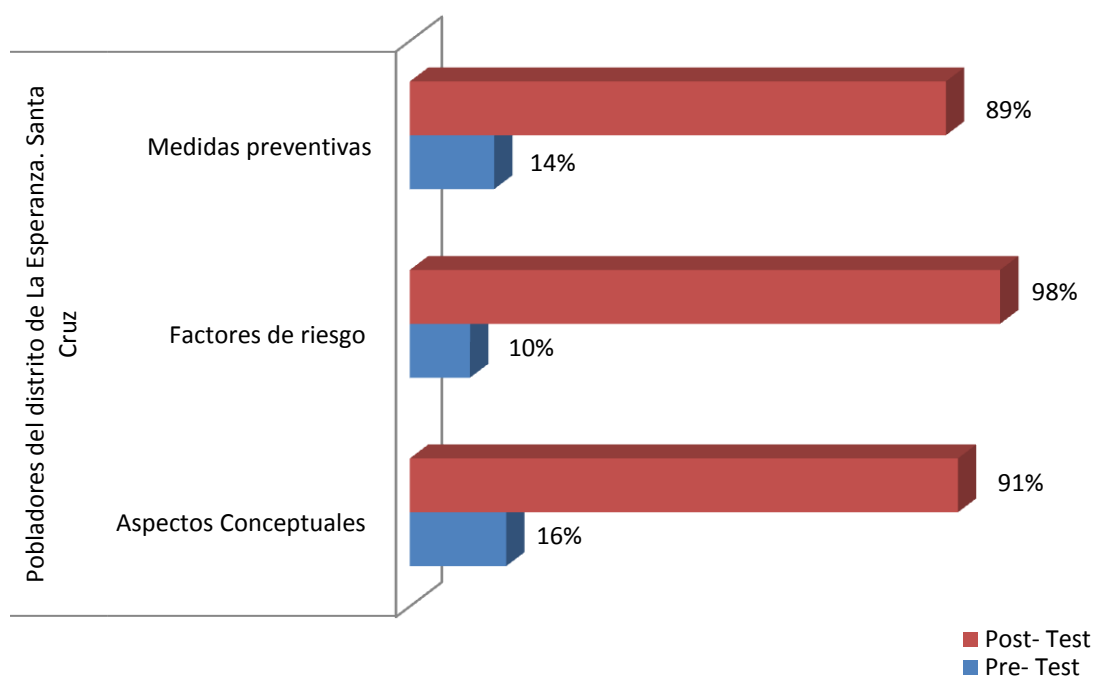
CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a los 402 pobladores.

Gráfico 1

Efectividad del programa educativo “Yuyaychacuna machu” incrementando los conocimientos sobre la Hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015

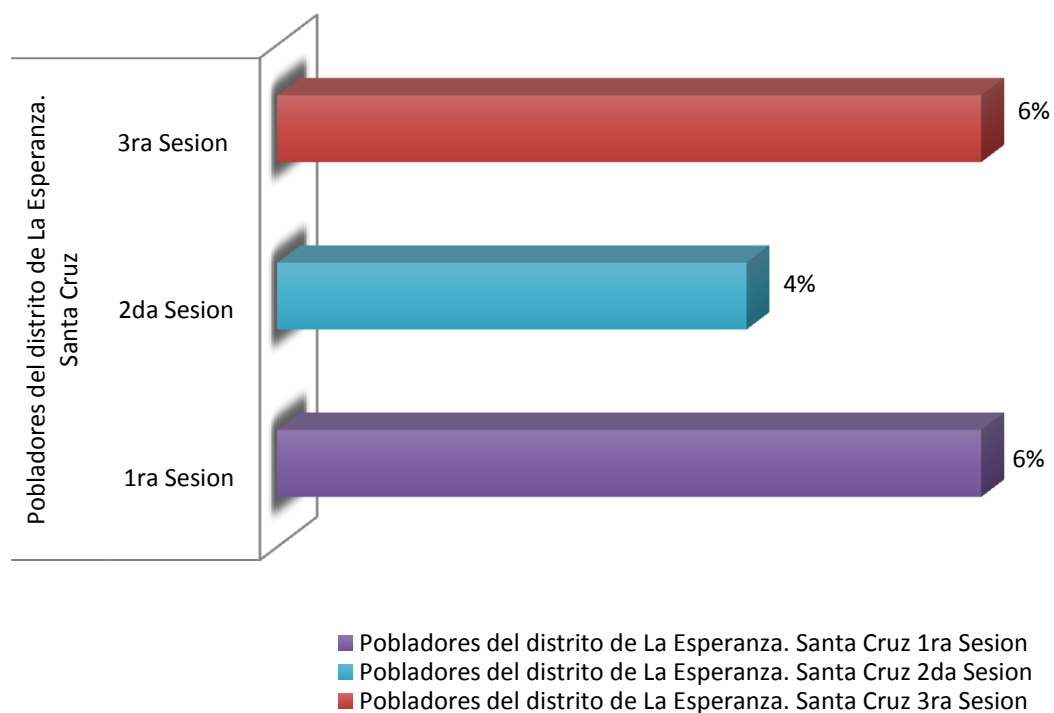


Fuente: Encuesta a pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015

Los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa – Cruz, en la aplicación del pre-tes se obtuvo que los conocimientos sobre la Hipertensión arterial, 16% en relación a los aspectos conceptuales, 10% en factores de riesgo, 14% sobre las medidas de prevención. Después de aplicado el programa educativo “Yuyaychacuna machu” se tuvo que el 91% en relación a los aspectos conceptuales, 98% en factores de riesgo, 89% sobre las medidas de prevención.

Gráfico 2

Conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz sobre hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015

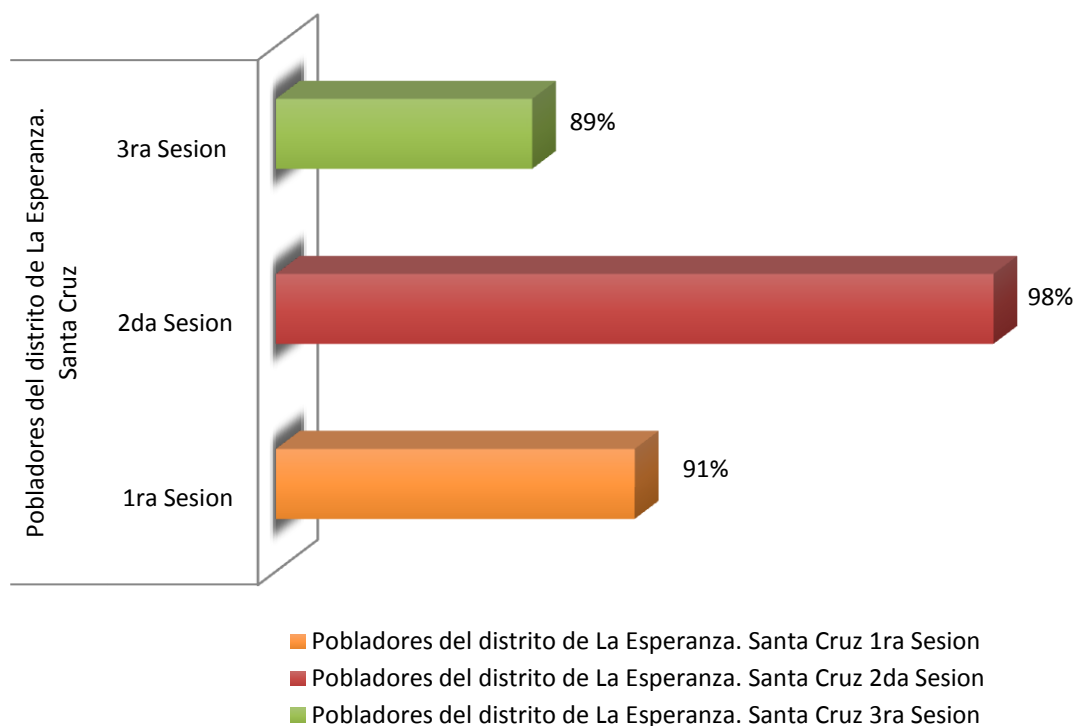


Fuente: Encuesta a pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015

Los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa – Cruz, en la aplicación del pre-tes se obtuvo que los conocimientos sobre la Hipertensión arterial, 6% en relación a la primera sesión, 4% en la segunda sesión, 6% en la 3ra sesión. Antes de aplicar el programa educativo “Yuyaychacuna machu”

Gráfico 3

Conocimientos de los pobladores del distrito de La Esperanza - Santa Cruz sobre hipertensión arterial después de la aplicación del programa educativo “Yuyaychacuna machu”. 2015



Fuente: Encuesta a pobladores del distrito de La Esperanza. Santa Cruz. 2015

Los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa – Cruz, después de aplicar el programa educativo “Yuyaychacuna machu” se tomo un post-tés se obtuvo que el 91% mejoro su conocimientos en relación a la primera sesión, 98% en la segunda sesión, 89% en la 3ra sesión. Antes

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad que ha cobrado importancia mundial desde el siglo XX, en la actualidad se le considera como una pandemia, y también asesina silenciosa; su incremento puede deberse a los cambios socioculturales, y estilos de vida.

La falta de conocimiento sobre hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza - Santa Cruz, pone en evidencia las desigualdades que podrían repercutir en una mayor morbimortalidad, sobre todo cuando se utilizan como indicadores, de enfermedades a largo plazo tendrá un impacto negativo, especialmente para las personas de bajos recursos. La situación geográfica, es una variable que mostró diferencias de esperanza de vida, entre las distintas áreas en otros estudios, lo que también juega un rol importante como factor de riesgo, en donde la disponibilidad de personal de salud es un factor importante al momento de utilizar estos servicios y de evaluar los resultados sanitarios. La distancia es una variable de gran repercusión, en donde, todo lo anterior guarda estrecha relación con los aspectos económicos de la sociedad analizada, ya que resulta en una dificultad a la hora de mantener buenas prácticas sanitarias, sobre todo en comunidades distante de grandes centros urbanos, y que dispone de malas condiciones de saneamiento ambiental.

Una dieta inadecuada se relaciona con problemas de salud. El sobrepeso se relaciona con alta ingesta de calorías lo que se relaciona a su vez con

enfermedad cardiovascular, trastornos metabólicos, que al igual que el aumento en la ingesta de sal, pobre en glúcidos complejos y fibra vegetal contribuye a la generación de enfermedad. Si bien en nuestro estudio la ingesta de sal no fue un factor preponderante ni significación estadística. La actividad física, en particular el sedentarismo fue mayor en la población femenina, en donde sus efectos son similares a una dieta inadecuada.

La obesidad se enfatiza y se discute, teniendo en cuenta la desigualdad social en relación a la HTA. El nivel social concerniente a la ingesta alcohólica y la obesidad se ha estudiado en otros países. Desde una perspectiva epidemiológica, la interpretación es que el grado de obesidad, educación y situación económica puede ser consecuencia, de la inequidad social, en relación a los niveles de la TA, y pueden considerarse dependientes.

El nivel educativo influye en las decisiones familiares con respecto a los determinantes de salud. La Educación y en especial la educación de las mujeres está fuertemente asociada a muchos comportamientos y elecciones que propician buena salud. La situación socio-económica: Uno de los paradigmas actuales es que a mayor progreso económico mayor salud y longevidad, sin embargo ese análisis no puede anular la mirada del contexto social. El aumento de las necesidades sociales facilita el desarrollo económico con un alto nivel de empleo y también crea circunstancias favorables para la salud. Las desigualdades económicas en el campo de la salud, están en aumento, en vez de disminuir, y esto es cierto, tanto para el mundo en desarrollo, como para el mundo industrializado

CONCLUSIONES

Los pobladores del distrito de la Esperanza. Santa – Cruz, tuvieron pocos o nada de conocimientos sobre la Hipertensión arterial, después de aplicar el programa educativo “Yuyaychacuna machu” se tomo un post-tés y se pudo modificar los conocimientos previos quedando demostrado la hipótesis formulada si es efectivo el programa educativo.

Los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa – Cruz, en la aplicación del pre-tés se tuvo que los conocimientos sobre la Hipertensión arterial, eran muy bajos o ninguno.

Los pobladores del distrito de La Esperanza. Santa – Cruz, después de aplicado el programa educativo “Yuyaychacuna machu” se modifico los conocimientos previos sobre todo en los aspectos conceptuales, factores de riesgo y las medidas de prevención.

RECOMENDACIONES

1. Se debe fomentar los controles mensuales a partir de los 25 años con la finalidad de descartar la hipertensión arterial y también a las personas de 40 a 65 años que padecen la enfermedad más de 10 años y a los que se asocian con otras patologías con la finalidad de modificar los estilos de vida
2. Capacitar a los profesionales de la salud de atención primaria para que realicen una buena valoración clínica, realicen controles mediante exámenes, en forma oportuna, puesto que lo más importante en la hipertensión es la prevención, diagnóstico y detección de los factores de riesgos.
3. Promover la importancia de la práctica de una actividad física y buenos hábitos alimenticios, cambios en el estilo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sosa R, Portugal M y Jefferson L (2010). "Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en las comunidades peruanas". (4 ed.). Peru, D.F.: Editorial San Bernardo.
2. OMS(2009). "Hipertensión Arterial". Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Jr., Roccella EJ. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.
4. Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, de la Cruz Troca JJ, Guallar-Castillon P, del Rey Calero J. Blood pressure in Spain: distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. *Hypertension* 1998;32:998-1002.
5. Banegas J. El problema de la hipertensión arterial en España. *Rev Clin Esp* 2002;202:12-5.
6. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO 2009.
7. Danaei G., Finucane M.M., Lin J.K., Singh G.M., Paciorek C.J., Cowan M.J., Farzadfar F., Stevens G.A., Lim S.S., Riley L.M., Ezzati M., National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5,4 million participants. *Lancet* 2011;377:568-77.
8. Engeli S, Negrel R, et al, "Physiology and pathophysiology of the adipose tissue renin-angiotensin system. *Hypertension* 2000;35:1270-1277).
9. Knigth L, Rhonda L y col "Predictores de HTA no controlada en pacientes hipertensos ambulatorios- *Hipertensión* 2001;38;809-813.
10. Carabajal HA, Salazar MR, y col" Variables asociadas a la Hipertensión Arterial en una región de la Argentina"- *Medicina (Bs.As)*: 2001; 61:801-9.

11. Blane D, Hart CL, Smith GD y col "Association of Cardiovascular Disease risk factors with socioeconomic position during childhood and during adulthood" Br.Med.J.1996;313:1434-1438.
12. Hsia, J, Margolis, KL, Eaton, CB, et al. Prehypertension and cardiovascular disease risk in the Women's Health Initiative. Circulation 2007; 115:855. The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Diagnosis of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997; 157:2413.
13. Nigro D, Vergottini JC, Campo I "Epidemiología de la Hipertensión Arterial en Córdoba "Revista Federación Argentina de Cardiología,1999:28;69-75.
14. Sialer S. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Lima, Revista de Cardiología 2001: 231:3
15. García Pérez. AM "Calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes mellitus tipo 2". España Medicina de Familia (And), 2001; 2:29-34
16. GUTIERREZ Jaramillo Javier en su estudio titulado "Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión arterial". Colombia. 2006.
17. JIMENEZ Ortega Ulises en su estudio titulado "Estilos de vida en pacientes hipertensos de un consultorio médico de familia". Venezuela. 2005.
18. LINARES, Ingrid en su investigación titulado "estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor Hipertenso. Essalud hospital Nuevo Chimbote. 2007
19. GUERRERO Yactayo, Marleny en su estudio titulado "estilo de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el programa del adulto mayor del hospital Rezola-Cañete. 2010
20. SOTO Víctor y otros, en su investigación sobre: "Factores determinantes del abandono del programa de hipertensión arterial, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. EsSalud," Chiclayo. 2000
21. BORJAS Pezo, Hernán realizo un estudio titulado "Ejercicios terapéuticos como alternativa para el control no farmacológico de HTA en el Hospital Sergio E. Bernales" Lima. 2000

22. SOSA José y otros en su estudio sobre “Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas”, Perú. 2009
23. RAFAEL Arqueros Rufina y BERNEDO Juárez Silvia, en su estudio sobre “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007”. Perú. 2009
24. Rufina Rafael Arqueros y Silvia Bernedo Juárez, “Estilo de vida de pacientes coronarios antes y después de su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Instituto Nacional del Corazón ESSALUD 2007”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Lima - Perú. 2007.
25. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
26. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011
27. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442.
28. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012, 380(9859):2224–2260.
29. Segura L, Agusti R, Parodi J y cols. Factores de Riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Peru (Estudio TORNASOL). Rev Per Card.2006; Vol XXXII No. 2:82-128.
30. OMS. Enfermedades Cardiovasculares. Citado 03 de diciembre 2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
31. Revista de Medicina. Hipertension Arterial. Madrid, Espana: Unidad; 2009.
32. Almeida .D. Bradfort J.M, 2005, Manual de cardiologia Clinica. En Universidad central de Venezuela, .CDCH. Edic. .Anauco

ANEXOS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

ENCUESTA

Estimado sr(a) reciba el saludo soy estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas quien esta ejecutando un Programa educativo en la población adulta del distrito de La Esperanza. Consiste en responder de manera clara y en función al encabezado de cada pregunta. Escriba con una (x) dentro del paréntesis o complete las líneas punteadas.

Datos generales:

Edad_____ (años cumplidos)

Gênero: Femenino () Masculino ()

Estado civil:

Soltero () Concubino () Casado () Divorciado () Viudo ()

Nivel académico:

Analfabeta () Primaria () Secundaria () Técnico Superior () Universitario ()

Cantidad de hijos:.....Numero de familiares que viven en su casa:.....

TIENE ALGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

SI () NO ()

CREE USTED QUE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES HEREDITARIA

SI () NO () NO SE () SIEMPRE () NUNCA ()

¿POR QUÉ?.....

CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
(MENCIONE)

.....
.....

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES CRÓNICA

SI () NO () NO SE () SIEMPRE () NUNCA ()

PUEDE TENER RELACIÓN LA EDAD PARA QUE UNO TENGA HIPERTENSIÓN

SI () NO () NO SE ()

SABE USTED QUE ENFERMEDADES TIENEN RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN

.....
.....

INFLUYE LA OBESIDAD EN LA PRESIÓN ALTA

SI () NO () NO SE () SIEMPRE () NUNCA ()

CONOCE EL VALOR NORMAL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

SI () NO () NO SE ()

USTED TIENE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

SI () NO ()

CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL ACTUALES:.....

TIENE TRATAMIENTO PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

SI () NO ()

CUMPLE CON LA MEDICACIÓN INDICADA:

SI () NO () SIEMPRE () DE VEZ EN CUANDO () NUNCA ()

NO TIENE TRATAMIENTO ()

ES MEJOR TOMAR LA PRESIÓN SENTADO O ACOSTADO ¿POR QUÉ?

.....
.....

ES RECOMENDABLE MEDIRSE LA PRESIÓN ARTERIAL EN CASA ¿POR QUÉ?

.....
.....

HA PRESENTADO ALGUNA COMPLICACIÓN CON SU ENFERMEDAD
SI () NO () SIEMPRE () NUNCA ()

USTED SE REALIZÓ ESTUDIOS DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX O ELECTROCARDIOGRAFÍAS
RESULTADO: POSITIVO () NEGATIVO ()

USTED ES UNA PERSONA QUE:
FUMA () TOMA ALCOHOL () SEDENTARIA () DE BUENOS ESTILOS DE VIDA ()

EN SUS ALIMENTOS CONSUME MÁS SAL DE LO NORMAL
SI () NO () DE VEZ EN CUANDO () SIEMPRE () NUNCA ()

USTED REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ¿CUALES?
SI () NO () SIEMPRE () DE VEZ EN CUANDO () NUNCA ()

.....
.....

SABE SI LAS PERSONAS QUE TIENEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PUEDEN TOMAR CAFÉ
SI () NO () NO SE ()

SESIÓN EDUCATIVAS

Programa prevención y control de la hipertensión arterial mediante adecuados estilos de vida saludable en los adultos mayores del ámbito del distrito de la Esperanza.

ACTIVIDADES A LA QUE PERTENECE: Preventivo – promocional

HORARIO: Jueves 3:00 pm- 5:30pm

BENEFICIARIOS: Población del Distrito de la Esperanza.

FUNDAMENTACION

Ante la realidad del entorno en que vivimos y la clara evidencia que se observa en los adultos mayores de la población de la esperanza que padecen enfermedades degenerativas como la hipertensión arterial el cual es un problema que va en aumento y también presentan inadecuados estilos de vida saludable es por tanto que el presente programa de prevención y control de la hipertensión arterial mediante adecuados estilos de vida saludable se desarrolla porque es de gran importancia conocer sobre disminuir las consecuencias que genera no controlarse ni tratarse la enfermedad de la hipertensión y también este programa permitirá reducir significativamente la tasa de mortalidad de adultos mayores por complicaciones de la presión arterial.

OBJETIVOS Y METAS

OBJETIVO GENERAL

Prevenir y controlar oportunamente la hipertensión arterial mediante adecuados estilos de vida saludable en la población adulta mayor del distrito de la esperanza

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Educar a la población acerca de la enfermedad de la hipertensión arterial.
- Sensibilizar a los pobladores de las causas y consecuencias de la hipertensión arterial.
- Concientizar a los pobladores de adecuados estilos de vida saludable.
- Fomentar que los pobladores acudan a los establecimientos a su debido control y tratamiento adecuado para la hipertensión arterial.

META

Conseguir la participación activa del 100% de los adultos mayores.

ACTIVIDADES

Desarrollo de actividades educativas:

Incrementar conocimientos sobre las consecuencias de la hipertensión arterial.

Sesión educativa de la prevención y control de la hipertensión arterial Introducción.

Dinámicas: Presentación de video. Prevención y control de la hipertensión arterial mediante adecuados estilos de vida saludable en los adultos mayores de la Esperanza

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿QUÉ ES LA PRESIÓN ARTERIAL?



Es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias. Las arterias son vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo.



¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?



Es una enfermedad crónica, es decir, que dura toda la vida, y que necesita de un tratamiento farmacológico que ha de estar acompañado de unas recomendaciones dietéticas y una forma de vida sana y saludable.

SÍNTOMAS

Cómo ataca la hipertensión

SINTOMAS

Puede afectar tanto a adultos como a niños. Es considerada factor de riesgo de enfermedades severas del aparato circulatorio.

Tiene síntomas específicos:

- Cefaleas
- Somnolencia
- Vértigo
- Cansancio
- Fatiga
- Náuseas y vómitos

CONSECUENCIAS

Accidente cerebrovascular

Insuficiencia cardíaca e infarto

Lesiones en los riñones



RIESGOS

RIESGOS DE TENER PRESIÓN ARTERIAL ALTA

- Mayores de 50 años
- El sobrepeso y la obesidad
- Fumar
- Tener diabetes.
- Consumir alcohol
- Un miembro de mi familia tiene presión arterial alta
- El principal riesgo es el Infarto de Miocardio.



evitar el alcohol

COMPLICACIONES

Complicaciones:

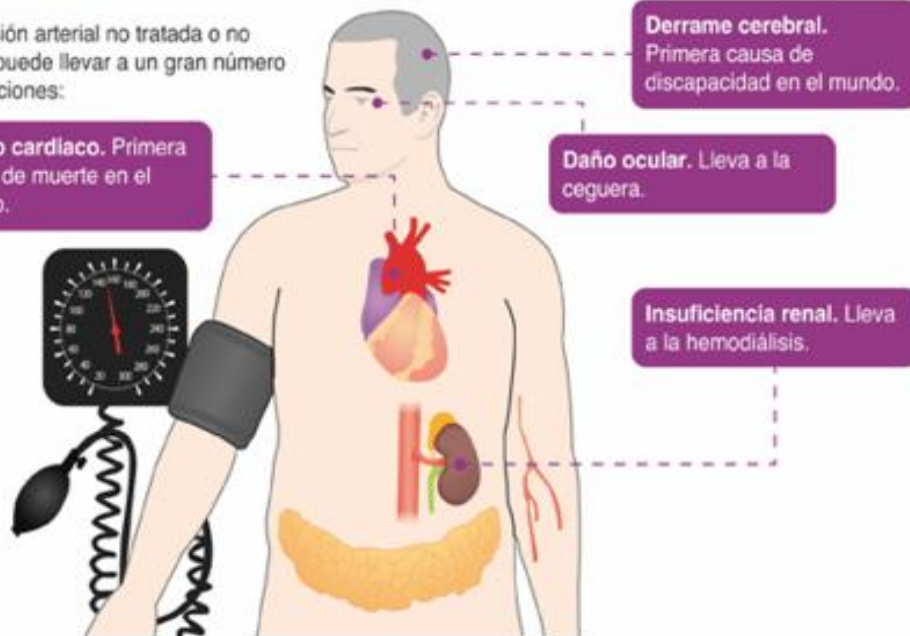
La hipertensión arterial no tratada o no controlada, puede llevar a un gran número de complicaciones:

Infarto cardiaco. Primera causa de muerte en el mundo.

Derrame cerebral. Primera causa de discapacidad en el mundo.

Daño ocular. Lleva a la ceguera.

Insuficiencia renal. Lleva a la hemodiálisis.



DIAGNOSTICO



TRATAMIENTO

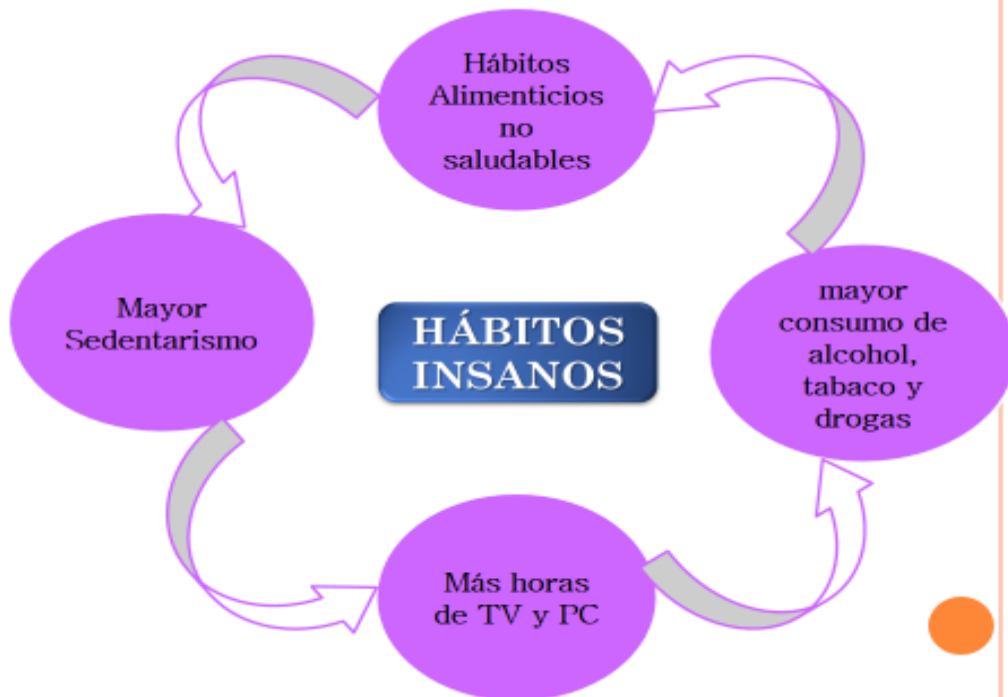


ESTILOS DE VIDA SALUDABLE



ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.





Por qué es importante la actividad física para las personas adultas mayores?

La vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis.

Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general.