

Level of knowledge of risk factors for high blood pressure in patients at the B IESS Quinindé- Esmeraldas Health Center

Nivel de conocimientos de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud B IESS Quinindé- Esmeraldas

María Isabel Ferrín Minaya¹, Edgar Daniel Sánchez Antamba¹, Miguel Ángel Enríquez Jácome¹, Jenrry Fredy Chávez-Arizala¹

¹Instituto Superior Tecnológico Adventista Del Ecuador. Santo Domingo. Ecuador.

Received: 02-03-2024

Revised: 06-06-2024

Accepted: 17-09-2024

Published: 01-01-2025

How to Cite: Ferrín Minaya MI, Sánchez Antamba ED, Jácome M Ángel E, Chávez-Arizala JF. Level of knowledge of risk factors for high blood pressure in patients at the B IESS Quinindé- Esmeraldas Health Center. Interamerican Journal of Health Sciences. 2025; 5:273. <https://doi.org/10.59471/ijhsc2025273>

ABSTRACT

Introduction: high blood pressure is among the main causes of premature death worldwide, and is the main risk factor for the development of cardiovascular diseases.

Objective: to determine the level of knowledge of risk factors for high blood pressure in patients at the B IESS – Quinindé Health Center.

Method: a quantitative, observational and descriptive study was carried out related to the level of knowledge about risk factors for high blood pressure in patients who attended the B IESS Quinindé Health Center during the course of 2021. The population consisted of 200 patients, creating a sample of 200 patients. The anonymity of the individuals was maintained and confidentiality rights were respected.

Results: 58 % in the age range of 20-49, with a predominance of the female sex with 65 %, 33,5 % consume fruit with a frequency of 1 to 3 days. Regarding the portions of fruit they consume in a week, 45,5 % responded that they do not know how to express the portions they consume, 18,0 % perform light physical activity, among them 32,5 % do not present alterations in the respiratory and cardiac constants when performing this activity. According to the body mass index, which is normal in 59,5 %, it is observed that 35,0 % have consumed alcohol at some time, 49 % do not smoke.

Conclusions: it was determined that there is a low level of knowledge of the risk factors for arterial hypertension in patients of the B IESS Health Center - Quinindé, Esmeraldas, within the aspects where the lack of knowledge could be most evident was about diet, physical activity, tobacco consumption, alcohol consumption.

KEYWORDS

Arterial Hypertension, Cardiovascular Risk, Risk Factors.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial se encuentra entre las principales causas de muerte prematuras a nivel mundial, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud B IESS – Quinindé.

Método: se realizó un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo relacionado con el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en los pacientes que asistieron al Centro de salud B IESS Quinindé durante el transcurso del año 2021. La población estuvo conformada por 200 paciente, conformándose una

muestra de 200 pacientes. Se mantuvo el anonimato de las personas y se respetó los derechos de confidencialidad. **Resultados:** el 58 % en rango de edad de 20-49, con un predominio del sexo femenino con el 65 %, el 33,5 % consumen frutas con una frecuencia de 1 a 3 días. Referente a las porciones de frutas que consumen en una semana un 45,5 % respondió que no sabe expresar las porciones que consumen, el 18,0 % realiza AF liviana, entre ellos el 32,5 % no presenta alteraciones de las constantes respiratorias y cardíacas al realizar dicha actividad. Según índice de masa corporal que presentan el 59,5 % normal, se observa que el 35,0 % alguna vez ha consumido alcohol, el 49 % no fuma.

Conclusiones: se determinó que existe un bajo nivel de conocimientos de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud B IESS - Quinindé, Esmeraldas, dentro los aspectos que más se pudo evidenciar el desconocimiento fue sobre la dieta, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol.

PALABRAS CLAVE

Hipertensión Arterial, Riesgo Cardiovascular, Factores de Riesgo.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud declaró que la hipertensión es un trastorno en el cual los vasos sanguíneos tienen presión alta. La sangre se distribuye desde el corazón a todo el cuerpo a través de los vasos sanguíneos. Con cada latido, el corazón bombea sangre a por medio de los vasos. La presión arterial es creada por la fuerza de la sangre que empuja contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea sangre. Cuanto mayor sea la tensión, más difícil será para el corazón bombear.⁽¹⁾

Cada año ocurren 1,6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares a nivel mundial, de las cuales alrededor del 30 % son personas entre 30 y 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. De acuerdo a la misma fuente la hipertensión afecta entre el 20 y 40 % de la población adulta, lo que significa que alrededor de 250 millones de personas la padecen, convirtiéndose en la causa principal de la mitad de las muertes por problemas cardiovasculares. Se estima que, en Ecuador, uno de cada cinco ecuatorianos de entre 30 a 69 años tiene dicha enfermedad, de ellos el 45 % desconoce que padece de la misma, representando la principal causa de muerte.⁽²⁾

A nivel mundial ha sido determinado que un tercio de la muerte (17 millones) de personas es causada por las complicaciones de la Hipertensión Arterial, que si no es tratada de manera oportuna o se mantiene un control de la misma, existe el riesgo de provocar enfermedades cardiovasculares sobre todo si se presenta de manera prematura por factores biológicos que predisponen la aparición de la enfermedad, las cuales pueden encaminar al deceso de la persona, causando alrededor de 9,4 %, cardiopatías en al menos un 45 %, y accidentes cerebrovasculares en un 51 %.⁽¹⁾

En Ecuador la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, representando la mayor causa de muerte, se estima que uno de cada cinco ecuatorianos de 18 a 69 años de edad es hipertenso, de ellos aproximadamente el 45 % desconoce que la padece. En los datos de mortalidad por enfermedad del Ecuador se halla un listado con las 99 principales causas de muerte en todo el país, de entre ellas la hipertensión se encuentra ubicada en el puesto número 34, con un total de 5233 decesos en el año 2020, de los cuales 2733 han sido hombres y 2500 fueron mujeres, siendo la sexta causa de muerte para ambos pero demostrando que la mayor incidencia se da en hombres.⁽³⁾

Las causas que dan origen a la hipertensión arterial (HTA) en el organismo se clasifican en dos grupos la primera denominada la HTA esencial, también conocida como primaria o idiopática se refiere a cuando las causas que la provocan son de origen fisiológico desconocido; mientras que la HTA secundaria se da por la aparición de otra patología, su manifestación se asocia con trastornos endocrinos metabólicos con alteraciones en la producción de ciertas hormonas tales como la estimulante de la tiroides, aldosterona, glucocorticoides o mineralocorticoides.⁽⁴⁾

Cada año ocurren 1,6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares a nivel mundial, de las cuales alrededor del 30 % son personas entre 30 y 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. De acuerdo a la misma fuente la hipertensión afecta entre el 20 y 40 % de la población adulta, lo que significa que alrededor de 250 millones de personas la padecen, convirtiéndose en la causa principal de la mitad de las muertes por problemas cardiovasculares. Se estima que, en Ecuador, uno de cada cinco ecuatorianos de entre 30 a 69 años tiene dicha enfermedad, de ellos el 45 % desconoce que padece de la misma, representando la principal causa de muerte.⁽⁵⁾

La hipertensión arterial es considerada como factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV), se asocia a eventos coronarios y cerebrovasculares en aproximadamente 60 % y 77 % de casos, se estima

para el año 2030, la cifra de personas afectadas dicha enfermedad ascienda en un 8 %, una tendencia similar se pudo observar en Ecuador en la última década, presentando un ascenso en la incidencia de 256 a 1084 casos por cada 100 mil habitantes en el periodo 2000-2009; de igual forma, un reporte previo determinó que específicamente en la ciudad de Cuenca, en Ecuador la prevalencia de HTA está situada en un 25,8 %.⁽⁶⁾

La hipertensión arterial sigue siendo un tema de estudio para los investigadores, ya que se ha demostrado que, en grupos de personas mayores a 45 años de edad, el 90 % de los casos desarrolla hipertensión esencial o primaria y menos del 10 % desarrolla hipertensión arterial secundaria. Por tal razón es importante conocer los factores de riesgo tradicionales modificables y no modificables que influyen en el desarrollo de la enfermedad.⁽⁷⁾

Los cambios relacionados con el envejecimiento favorecen el aumento de la presión arterial (PA). Las alteraciones fisiológicas que sufre el organismo durante el envejecimiento inciden en factores relacionados con el estilo de vida del individuo tales como: una incorrecta alimentación a lo largo de la vida, consumo excesivo de sal, hábitos nocivos, consumo de alcohol, tabaco, nivel de actividad física o control de peso.⁽⁸⁾

Por lo antes expuesto se plantea como objetivo del presente estudio determinar el nivel de conocimientos de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud B IESS – Quinindé. Esmeraldas

MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo relacionado con el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en los pacientes que asistieron al Centro de salud B IESS Quinindé durante el transcurso del año 2021.

La población estuvo conformada por 200 pacientes que acudieron al Centro de salud B IESS Quinindé en el periodo de tiempo de estudio, en el cual todos aceptaron el consentimiento informado, por medidas de bioseguridad se procedió a tomar el cuestionario a las personas que firmaron el consentimiento por voluntad propia de forma física y digital en presencia de ellos para hacer el procedimiento confiable, conformándose una muestra de 200 pacientes.

Criterios de inclusión: personas mayores a 18 años de edad que decidan aceptar firmar el consentimiento informado, pacientes que asisten a consulta médica al centro de salud B IESS Quinindé en horarios de 8:00 a 17:00 los días 25, 28, 29 de octubre del 2021 y 10, 15 de noviembre del 2021.

Criterios de exclusión: personas menores de edad, no puedan firmar el consentimiento, personas que padecen enfermedades terminales.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos en la muestra determinada fue el STEPS de la OMS, el cual es utilizado de forma estándar por los países o sitios latinos y se puede modificar en los mismos para la elaboración de sus propios instrumentos. se encuentra dividido en dos secciones, en la primera se recopiló datos demográficos y conductuales como: sexo, edad, años de estudio; además de factores de riesgo comportamentales que son el consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física, dieta. En la segunda parte se evaluó acerca de las medidas antropométricas para calcular índice de masa corporal, este cuestionario consta de 26 preguntas cerradas y respuestas dicotómicas y politómicas.⁽¹⁾ Se descargó el documento de Excel del formulario de Google para posteriormente revisar los resultados, posteriormente estos fueron codificados en forma numérica, lo siguiente fue preparar la base de datos del programa SPSS versión 25, en el cual fue ingresada las variables y la codificación de las respuestas respectivas, posterior a esto se procede a copiar los datos codificados de Excel para pegarlos a la hoja del SPSS, en este se procedió a realizar una suma y recodificación de las variables de escala dicotómica correspondientes a la dimensión “Nivel de Conocimiento” aplicando el método de baremos; posteriormente se elaboró las tablas cruzadas, usando la función tablas del mismo programa que permite colocar una variable para columnas y múltiples variables en filas.

Se mantuvo el anonimato de las personas y se respetó los derechos de confidencialidad, los cuales se aplicaron en este estudio con el fin de mantener la reserva sobre lo que confía a los investigadores los cuales tienen la obligación moral de no divulgar la información compartida, los derechos a la confidencialidad en el campo de la salud indiferentemente de las culturas surgen de manera espontánea e incluye tres elementos fundamentales: el portador del secreto, el confidente y la comunidad que vela por el cumplimiento de la relación de confidencialidad como bien de la sociedad.

RESULTADOS

En la tabla 1 de relación de los datos edad y género se observa un predominio de un 58 % en rango de edad de 20-49, con un predominio del sexo femenino con el 65 %.

Tabla 1. Distribución según edad y sexo

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
20 – 49	86	43	29	15	115	58
50 – 64	21	11	16	8	37	19
>65	23	12	25	13	48	24
Total	130	65	70	35	200	100

Los resultados obtenidos de la relación estado civil y genero dan un predominio del 36 % para personas solteras seguido por un 31 % para personas casadas, lo cual se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución según estado civil y sexo

Estado civil	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	46	23	25	13	71	36
Casado	38	19	23	12	61	31
Unión Libre	26	13	6	3	32	16
Divorciado	5	3	7	4	12	6
Viudo	15	8	3	2	18	9
Separado	0	0	6	3	6	3
Total	130	65	70	35	200	100

De acuerdo a los resultados obtenidos de la relación de nivel de instrucción y el género se observa un mayor porcentaje de personas con estudios universitarios completos en un 31 %, se aprecia en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución según el grado de instrucción

Grado de instrucción	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin escolarización	3	2	4	2	7	4
Primaria incompleta	7	4	8	4	15	8
Primaria completa	16	8	15	8	31	16
Secundaria Incompleta	13	7	4	2	17	9
Secundaria Completa	36	18	19	10	55	28
Estudios técnicos	8	4	5	3	13	7
Estudios Universitarios	47	24	15	8	62	31
Total	130	65	70	35	200	100

En la tabla 4 se aprecia la relación de la ocupación y el género de los participantes se destaca un 47 % de personas que se encuentran empleadas.

Tabla 4. Distribución según ocupación

Ocupación	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Empleado	58	29	35	18	93	47
Independiente	19	10	16	8	35	18
Trabajo temporal	6	3	1	1	7	4
Jubilado	8	4	11	6	19	10
Desempleado	6	3	5	3	11	6
Estudiante	2	1	2	1	4	2
Ama de casa	31	16	0	0	31	16
Total	130	65	70	35	200	100

De acuerdo a la relación de los ingresos mensuales con respecto al género hay un predominio del 48 % con menos del salario mínimo, tabla 5.

Tabla 5. Distribución según ingresos mensuales

Ingresos mensuales	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menos del salario mínimo	70	35	26	13	96	48
Entre el salario mínimo	12	6	21	11	33	17
Más del salario mínimo	48	24	23	12	71	36
Total	130	65	70	35	200	100

En la tabla 6 se observa respecto al consumo de frutas semanalmente que el 33,5% consumen con una frecuencia de 1 a 3 días. Referente a las porciones de frutas que consumen en una semana un 45,5% respondió que no sabe expresar las porciones que consumen. Respecto al consumo de verduras un 28,5 % las consumen de 1 a 3 días a la semana y en cuanto a las porciones que ingieren semanalmente un 43,5% respondió que no sabe.

Tabla 6. Distribución el conocimiento de la dieta como factor de riesgo

# de días que consume frutas en la semana	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Factor de riesgo								
A diario	28	14	10	5	21	10,5	59	29,5
5 a 6 días por semana	4	2	2	1	6	3	12	6
1 a 4 días por semana	4	2	2	1	6	3	12	6
1 a 3 días por semana	13	6,5	15	7,5	67	33,5	95	47,5
No sabe	6	3	3	1,5	5	2,5	14	7
No consume	1	0,5	5	2,5	1	0,5	7	3,5
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
# de raciones de frutas que consume a la semana	n	%	n	%	n	%	n	%
Mayor a 30 raciones	2	1	0	0	2	1	4	2
21 a 30 raciones	1	0,5	0	0	0	0	1	0,5
11 a 20 raciones	1	0,5	1	0,5	2	1	2	2
1 a 10 raciones	7	3,5	5	2,5	7	3,5	19	9,5
No sabe	44	22	33	16,5	91	45,5	168	84
No consume	1	0,5	3	1,5	0	0	4	2
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
# de días que consume verduras a la semana	n	%	n	%	n	%	n	%
A diario	23	11,5	8	4	16	8	47	23,5
5 a 6 días por semana	3	1,5	2	1	5	2,5	10	5
1 a 4 días por semana	5	2,5	2	1	17	8,5	24	12
1 a 3 días por semana	15	7,5	24	12	57	28,5	96	48
No sabe	8	4	5	2,5	7	3,5	20	10
No consume	2	1	1	0,5	0	0	3	1,5
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
# de raciones de verduras que consume a la semana	n	%	n	%	N	%	n	%
21 a 30 raciones	3	1,5	2	1	2	1	7	3,5
11 a 20 raciones	2	1	0	0	0	0	2	1
1 a 10 raciones	8	4	5	2,5	12	6	25	12,5
No sabe	42	21	35	17,5	87	43,5	164	82
No consume	1	0,5	0	0	1	0,5	2	1
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
Tipo de aceite o grasa que utiliza en la comida	n	%	n	%	n	%	n	%
Aceite vegetal	53	26,5	42	20,5	94	47	188	94
Manteca animal	1	0,5	0	0	3	1,5	4	2
Mantequilla	1	0,5	0	0	0	0	1	0,5
Otro	1	0,5	0	0	4	2	5	2,5
No sabe	0	0	1	0,5	1	0,5	2	1
Total	56	28	42	21	102	51	200	100

En la tabla 7 se observa respecto al nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y su relación con la actividad

física (AF) en la cual el 18,0 % realiza AF liviana, entre ellos el 32,5 % no presenta alteraciones de las constantes respiratorias y cardíacas al realizar dicha actividad. Por otro lado, el 20,0 % realizan actividad física entre 5 a 6 días a la semana.

Tabla 7. Distribución según conocimiento de la actividad física como factor de riesgo

Tipo de actividad física	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Factor de riesgo								
Intensa	8	4	11	5,5	19	9,5	38	19
Moderada	17	8,5	16	8	25	12,5	58	29
Liviana	25	12,5	6	3	36	18	67	33,5
Ninguna	6	3	9	4,5	22	11	37	18,5
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
Aceleración de Fc y Fr en la act física durante 30 min	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	15	7,5	22	11	37	18,5	74	37
No	41	20,5	20	10	65	32,5	126	63
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
# de días que realiza act física	n	%	n	%	n	%	n	%
5 a 6 por semana	21	10,5	20	10	40	20	81	40,5
3 a 4 por semana	1	0,5	5	2,5	15	7,5	21	10,5
1 a 2 por semana	14	7	6	3	11	5,5	3115,5	
No realiza	20	10	11	5,5	36	18	67	33,5
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
Tiempo de act física por día a la semana	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 hora	5	2,5	3	1,5	13	6,5	21	10,5
1 a 2 horas	13	6,5	5	2,5	9	4,5	27	13,5
3 a 4 horas	3	1,5	3	1,5	10	5	16	8
5 a 6 horas	8	4	2	1	11	5,5	21	10,5
Mayor a 6 horas	8	4	18	9	24	12	50	25
No aplica	19	9,5	11	5,5	35	17,5	65	32,5
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
#de días que camina 30 min consecutivos en la semana	n	%	n	%	n	%	n	%
A diario	31	15,5	16	8	42	21	89	44,5
5 a 6 días	3	1,5	3	1,5	7	3,5	13	6,5
1 a 4 días	3	1,5	3	1,5	5	2,5	11	5,5
1 a 3 días	2	1	1	0,5	6	3	9	4,5
1 a 2 días	3	1,5	12	6	22	11	37	18,5
No realiza	1	0,5	0	0	1	0,5	2	1
No aplica	13	6,5	7	3,5	19	9,5	39	19,5
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
En su tiempo libre camina 30 min consecutivos a la semana	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	15	7,5	10	5	24	12	49	24,5
No	37	18,5	29	14,5	65	32,5	131	65,5
No contesta	4	2	3	1,5	13	6,5	20	10
Total	56	28	42	21	102	51	200	100
Tiempo que descansa en un día típico	n	%	n	%	N	%	n	%
Menos de 1 hora	15	7,5	8	4	29	14,5	52	26
1 a 2 horas	15	7,5	17	8,5	44	22	76	38
3 a 4 horas	14	7	10	5	19	9,5	43	21,5
5 a 6 horas	5	2,5	3	1,5	8	4	16	8
Mayor a 6 horas	7	3,5	4	2	2	1	13	6,5
Total	56	28	42	21	102	51	200	100

Los resultados respecto a los indicadores biofísicos clasifican a los participantes según índice de masa corporal que presentan, siendo el 59,5 % normal, mientras que el 28,5 % sobrepeso y el 12 % obesidad. Se aprecia en la

tabla 8.

Tabla 8. Distribución según el índice de masa corporal

Índice	n	%
Normal	119	59,5
Sobrepeso	57	28,5
Obesidad	24	12
Total	200	100

En la tabla 9 sobre el consumo de alcohol, se observa que el 35,0 % alguna vez ha consumido, el 33,5 % ha consumido en los últimos 12 meses y dentro de este tiempo el 33,3 % lo ingirieron menos de una vez al mes.

Tabla 9. Distribución según el consumo de bebidas alcohólicas

Consumo de bebidas alcohólicas	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Factor de riesgo								
Si	41	20,50	34	17,00	70	35,00	145	72,50
No	15	7,50	8	4,00	32	16,00	55	27,50
Total	56	28,00	42	21,00	102	51,00	200	100,00
Frecuencia de consumo	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	41	20,50	34	17,00	67	33,50	142	71,00
No	0	0,00	1	0,50	3	1,50	4	2,00
No aplica	15	7,50	7	3,5	32	16,00	54	27,00
Total	56	28,00	42	21,00	102	51,00	200	100,00
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses	n	%	n	%	n	%	n	%
5 a 6 días	1	0,50	2	1,00	0	0,00	3	1,50
1 a 3 días	0	0,00	1	0,50	3	1,50	4	2,00
Menos de una vez al mes	40	20,00	31	15,50	66	33,00	167	68,50
No aplica	15	7,50	8	4,00	33	16,50	56	28,00
Total	56	28,00	42	21,00	102	51,00	200	100,00

Los resultados sobre el consumo de tabaco indicaron que el 49 % no lo consume. Se aprecian en la tabla 10.

Tabla 10. Distribución según el consumo de tabaco

Fuma actualmente	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	9	4,50	1	0,50	4	2,00	14	7,00
No	47	23,50	41	20,50	98	49,00	186	93,00
Total	56	28	42	21	102	51	200	100

DISCUSIÓN

La edad, el estado civil fueron los principales factores asociados a HTA indicando que es necesario la implementación de políticas de salud que disminuyan su impacto además de la promoción de un buen estilo de vida. Cabe destacar que los factores sexo y edad son factores que pueden predisponer el padecimiento de la HTA siendo más incidente en personas de razaafrodescendiente y en adultos mayores. Por otro lado se indica que un factor predisponente es el desconocimiento de la HTA en adultos mayores.⁽⁶⁾

Se determinó que el conocimiento en los pacientes es bajo, pues al consumir bajas cantidades de frutas y verduras denota un bajo aporte de los nutrientes que aportan estos alimentos y al consumir aceite vegetal cotidiano en la preparación de los alimentos se predispone a aumentar su IMC aun cuando los pacientes indicaron no saber las porciones de los alimentos que consumen cotidianamente.

La presencia de HTA se relaciona a factores intrínsecos como medioambientales, además de que las personas presentaron un alto consumo calórico, por lo que es importante la educación en pacientes en edades menores a 30 años como medida de prevención de la HTA.⁽¹⁰⁾

El nivel de conocimiento del factor de riesgo actividad física, resulta ser bajo, puesto que los pacientes no realizan

el suficiente tiempo de AF recomendado por los médicos para mantener un estado físico estable y saludable, es decir un mínimo de 30 minutos al día. Además, la baja AF y el sedentarismo en los pacientes pueden predisponer la obesidad y el sobrepeso los cuales son factores de alto riesgo para el padecimiento de HTA independientemente de la edad. Así los pacientes se encuentran expuestos a riesgos como obesidad y sedentarismo los cuales muestran una significativa asociación con la HTA haciendo énfasis en el primer riesgo.⁽¹¹⁾

Respecto al conocimiento de riesgo de indicadores biofísicos, en mayor proporción se obtuvo IMC normal; sin embargo, existió un número considerable de pacientes que presentaban sobrepeso y tendencia a obesidad, esto se relaciona con los factores de A. y factor dieta al existir un bajo conocimiento de los mismos, es necesario para el cuerpo humano quemar las calorías consumidas de lo contrario se almacena un incremento del depósito de grasa. La obesidad predispone el desarrollo de múltiples dolencias que deterioran la calidad de vida entre estas las HTA. las medidas antropométricas son importantes para discriminar la presencia de factores de riesgo cardiovascular y concluyó que los indicadores de obesidad abdominal se pueden relacionar con la prediabetes, la hipertensión y la dislipidemia.⁽¹²⁾

El estilo de vida cumple una función importante en base a las actitudes y comportamientos que se deben adoptar y desarrollar para en el control de la hipertensión arterial, algunas recomendaciones son cuidar el peso corporal, hacer ejercicio, reducir el consumo de sodio, llevar una alimentación variada y balanceada, dejar de fumar, entre otros.⁽¹³⁾

Es importante conocer sobre sus factores de riesgo, importancia de un control, mitos y verdades, prevención y sus complicaciones, pues el nivel de conocimiento es importante e influye al minimizar los factores predisponentes de la HTA, por ese motivo la prevención debería iniciarse en las edades tempranas. Es importante también los programas educativos pues considera que estos contribuyen y mejoran los factores asociados además ayudan en la adopción de estilos de vida y hábitos saludables en jóvenes en su etapa de pubertad ya que el nivel de conocimiento de HTA influye considerablemente en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.⁽¹⁴⁾

La HTA se puede caracterizar como un asesino silencioso, pues la HTA se trata de un trastorno crónico con características asintomáticas, que ocasiona lesiones de forma silente en el corazón, vasos sanguíneos, riñones y cerebro, siempre y cuando no se detecte ni se trate a tiempo, motivo por el cual es mayor que el número de individuos que padecen esta enfermedad sin manifestar síntomas, por lo que es importante medir la presión arterial frecuentemente. se pueden presentar una serie de síntomas como: cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardíaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos, cuando ya la hipertensión es grave provoca cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares que se pueden asociar a síntomas comunes de otras enfermedades por lo que la única manera de detectar la HTA es acudir a un profesional o medio sanitario para que mida la presión arterial, este es un proceso rápido que no causa dolor y que puede ser efectuado por cualquier individuo, ya que el aparato para su medición es fácil de usar; no obstante, es importante que un experto valore el riesgo existente y los trastornos asociados.⁽¹⁵⁾

Las características ideales del tratamiento médico a utilizar para la hipertensión arterial son la reducción de la resistencia periférica, que no disminuya el flujo sanguíneo a órganos vitales: cerebro, corazón y riñón, ni interfiera con los mecanismos de autorregulación, que no produzca bradicardia ni afecte el sistema de conducción cardíaco, que enlentezca, frene o revierta la progresión de hipertrofia ventricular y grosor de la pared arterial, que proteja de la progresión de la fibrosis renal, tanto glomerular como intersticial, que no produzca disminución de volumen y que no favorezca hiponatremia ni hipopotasemia, todo asociado a adecuados hábitos en el estilo de vida.⁽¹³⁾

Es de gran importancia establecer espacios educativos para la concientización de la práctica continua de un estilo de vida saludable, ya que la HTA es una enfermedad que acorta la expectativa de vida de las personas, motivo por el cual su tratamiento tiene como enfoque lograr la reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular; aunque no se logre modificar las cifras de mortalidad, al menos se debería menguar el tiempo de vida como enfermedad clínica. Fundamentado en este enfoque, el Ministerio de Salud Pública brinda directrices claras basadas en la mejor evidencia disponible a la ciudadanía, mediante la promoción de la salud, prevención de hipertensión arterial, evaluación del riesgo cardiovascular, detección oportuna y manejo en los diferentes niveles de atención brindando especial atención dentro de sus políticas públicas a la población adulta mayor.⁽⁵⁾

CONCLUSIONES

Se determinó que existe un bajo nivel de conocimientos de los factores de riesgo sobre la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud B IESS - Quinindé, Esmeraldas, dentro los aspectos que más se pudo evidenciar el desconocimiento fue sobre la dieta, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2021). Hipertensión. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news->

room/fact-sheets/detail/hypertension

2. Organización Panamericana de la Salud. (2021). Hipertensión arterial <https://www.paho.org/es/temas/hipertension#:~:text=La%20presi%C3%B3n%20arterial%20alta%20igual,para%20muertes%20por%20enfermedades%20cardiovasculares>.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). Hipertensión arterial: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>
4. López Hernández D, Fraga Vásquez VA, Rosas Alanís MC, Castro Herrera GA, Thompson Bonilla M. Cómo redactar y diseñar un proyecto de tesis. Medigraphic. [Internet]. 2014 [citado 2024 Sep 02]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq141t.pdf>
5. Zayas JB. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. Revista MEDISAN. [Internet]. 2016 [citado 2024 Sep 02]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015
6. Ortiz Benavides RE, Torres Valdez M, Sigüencia Cruz W, Añes Ramos R, Salazar Vilches J, Rojas Quintero J, Bermúdez Pirela V. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. [Internet]. 2016 [citado 2024 Sep 02]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/248-255/es>
7. Tobar M, Rodríguez L, Astudillo I. Prevalencia y factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares e Hipertensión Arterial. Dominio de las Ciencias. [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Sep 07]. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/846/pdf>
8. Sierra AC. La hipertensión arterial en el anciano. Elsevier [Internet]. 2002 [citado 2024 Sep 07]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistamedicina-integral-63-articulo-la-hipertension-arterial-el-anciano-13041793>
9. Baglietto-Hernández M. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. [Internet]. 2021 [citado 2024 Sep 07]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim201b.pdf>
10. Linares Despaigne MD, Arrate Negret M, Poll Pineda J, Molina Hechavarría V, Bell Sánchez ME. Factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes ghaneses. Medigraphic [Internet]. 2017 [citado 2024 Sep 07]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds176g.pdf>
11. García Casilimas GA, Augusto Martín D, Alejandra Martínez M, Rocío Merchán C, Anne Mayorga C, Felipe Barragán A. Fisiopatología de la hipertensión arterial secundaria a obesidad. [Internet]. 2017 [citado 2024 Sep 07]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402017000400336&script=sci_arttext
12. García D, Groning E, García R, Hernández A. Hipertensión y efecto de bata blanca. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, [Internet]. 2010 [citado 2024 Sep 07]. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/136>
13. Merino Guerrero CD. Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre hipertensión arterial, además de su relación con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs población de pacientes no hipertensos, atendidos en el centro de salud tipo C San Lorenzo-Esmeraldas. [Internet]. 2015 [citado 2024 Sep 07]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8877/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=,>
14. Hidalgo EA. Factores de Riesgo y Manifestaciones Clínicas de la Hipertensión Arterial. [Internet]. 2019 [citado 2024 Sep 07]. 2(4) Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/7>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Curación de datos: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Análisis formal: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Investigación: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Metodología: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Recursos: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Software: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Supervisión: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Validación: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Visualización: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Redacción – borrador original: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.

Redacción – revisión y edición: María Isabel Ferrín Minaya, Edgar Daniel Sánchez Antamba, Miguel Ángel Enríquez Jácome, Jenry Fredy Chávez-Arizala.