

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “CORAZÓN FELIZ” PARA EL CONTROL
DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN PACIENTES DEL CLUB
DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA Y
PAUTE, ECUADOR, 2015.

Tesis

Presentada para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública
con mención Gestión de los Servicios de Salud

Por

Mayra Narciza Cabrera Pozo

Lima, Perú, 2015

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TE Cabrera Pozo, Mayra Narciza
3 Efectividad del programa educativo “Corazón feliz” para el control de riesgo
C12 cardiovascular, en pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, Ecuador,
2016 2015 / Mayra Narciza Cabrera Pozo. Asesor: Dr. Daniel William Richard Pérez. Lima, 2016.
203 hojas: tablas, apéndices

Tesis (Maestría), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Salud Pública. Escuela de Posgrado, 2016.
Incluye referencias y resumen.
Campo del conocimiento: Salud Pública.

1. Programa de Salud. 2. Síndrome metabólico. 3. Hipertensión arterial.

CDD 616.132

Efectividad del programa "Corazón Feliz" para el control de riesgo cardiovascular, en pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, Ecuador, 2015

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magister en Salud Pública
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN



Dra. Erika Inés Acuña Salinas
Presidenta



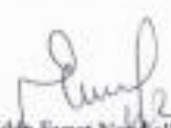
Dr. Miguel Guillermo Berni Contreras
Secretario



Dr. Daniel William Richard Pérez
Asesor



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Vocal



Mg. Edmundo Noriega
Vocal

Lima, 27 de octubre de 2016

DGI – 13 ACUERDO DE ENTENDIMIENTO ENTRE EL(LOS) AUTOR(ES) Y LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ACUERDO DE ENTENDIMIENTO ENTRE EL AUTOR Y LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Este acuerdo se establece entre el(los) autor(es) y la Universidad Peruana Unión y se registra el 27 de Octubre de 2016.

Conste por el presente documento el Acuerdo de Entendimiento entre **Mayra Nardiza Cabrera Pozo**, identificado con PASS: 0603544420, nacionalidad: Ecuatoriana, domiciliada en: Riobamba, Ecuador,

A quien (es) en adelante se le(s) denominará EL(LOS) AUTOR(ES); y de la otra parte UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, con R.U.C. N° 20138122256, con domicilio legal en Villa Unión-Riña, altura del Km. 19 de la Carretera Central, distrito de Lurigancho-Chosica, provincia y departamento de Lima, a quien en adelante se le denominará LA UNIVERSIDAD, representada por su Rectora Dra. Teodosia Maximina Contreras Castro, identificada con D.N.I. N° 10168821, quien señala el mismo domicilio de su representada, facultada según nombramiento y poder otorgados en sesión ordinaria de la Asamblea Universitaria del 12 de noviembre del 2014.

Yo (Nosotros) EL(LOS) AUTOR(ES), reconozco (reconocemos) haber leído y comprendido los términos de licencia que acompañan a este documento y forman parte del mismo y estoy (estamos) de acuerdo en aceptar las condiciones en ellos expuestos:

- **Parte 1:** Términos de la licencia otorgada a LA UNIVERSIDAD para la publicación de las obras, tesis y/o artículos en el Repositorio Institucional.
- **Parte 2:** Términos de licencia Creative Commons para publicación de obras, tesis y/o artículos en el Repositorio Institucional de LA UNIVERSIDAD.

Además, como autor(es) original(es) de la obra, es de mi (nuestra) competencia:

- Estar en contacto con la dirección del Repositorio Institucional de LA UNIVERSIDAD en lo referente al contenido y asuntos informáticos.
- Proporcionar la información necesaria para crear y mantener las colecciones.
- Aceptar colaborar en lo referente a su situación, según lo requiera el CRAI de LA UNIVERSIDAD.



Autor 1

e-mail:
mayruriss@hotmail.com

LA UNIVERSIDAD

Nota:

- El presente documento, está basado en el Decreto Legislativo N° 822, Ley sobre el Derecho de Autor, actualmente vigente en el Perú, publicado el 24 de abril de 1996, y sus normas modificatorias.
- Los artículos señalados de la forma "Leer el artículo", sirven únicamente como guía para el lector. Se recomienda leer todo el Decreto Legislativo.

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DE LA TESIS

Yo **DANIEL WILLIAM RICHARD PÉREZ**, identificado con DNI N° 31674865 docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: **"EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA "CORAZÓN FELIZ" PARA EL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA Y PAUTE, ECUADOR, 2015"**, constituye la memoria que presenta la Bachiller **MAYRA NARCIZA CABRERA POZO** para obtener el grado académico de Magister en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los veintisiete días del mes de octubre de 2016.



Dr. DANIEL WILLIAM RICHARD PÉREZ

Asesor

DEDICATORIA

A mis padres,

Cesar y Raque, quienes con esfuerzo y ejemplo me han llevado a alcanzar mis sueños.

A mis hermanos: Gladys, Rebeca, Patricia,
Liliana, Ligia, Julio, por su apoyo constante.

A mis amigos, Lisethe Flores de Vargas,
y Miguel Enriquez,
quienes estuvieron conmigo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

por darme la vida, sabiduría y una gran familia.

A la UPeU, por acogerme y darme la oportunidad de continuar mi crecimiento y desarrollo de profesional.

Al Dr. Daniel Richard, por su asesoría; al Dr Bernuí, por su amabilidad y apoyo; al Mg. Angelo Huapaya, quien con su amplia experiencia y conocimientos me guio durante toda la realización de mi tesis, con responsabilidad y paciencia, ganándose mí aprecio y respeto.

Al Ministerio de Salud Pública

A la Dra. Karla Zumba, quien me apoyó dándome todas las facilidades para llevar adelante el desarrollo de mi tesis. Y a todos los pacientes del club de hipertensos que muy gustosamente fueron parte de este programa.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
TABLA DE CONTENIDO.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
Descripción de la situación problemática.....	1
Antecedentes de la investigación	3
Formulación del problema.....	10
Problema general.....	10
Problemas específicos	10
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos específicos.....	11
Hipótesis.....	12
Hipótesis general.....	12
Hipótesis específicas	12
Justificación.....	12
Viabilidad	14
Delimitaciones	14
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO	15
Fundamento Filosófico.....	15
Fundamentos Teóricos	16
Hipertensión arterial y su relevancia	16
Incidencia y prevalencia	19

Fundamentos Fisiopatológicos de la Hipertensión Arterial	20
Estrategias en el tratamiento de la hipertensión arterial	22
Reducción de peso	23
Reducción del consumo excesivo de alcohol.....	24
Abandono del tabaco.....	25
Mejorar los patrones dietéticos.	26
Dieta DASH.....	27
Tratamiento farmacológico de la HTA	30
Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional	32
Índice De Masa Corporal (IMC).....	33
Circunferencia de la cintura.....	34
Índice Cintura Cadera.....	35
Marco conceptual	35
CAPÍTULO III	37
METODOLOGÍA.....	37
Tipo de estudio	37
Diseño de investigación	37
Población y muestra.....	37
Consideraciones éticas	38
Implementación del programa de intervención.....	39
Etapas del Diseño Metodológico	44
Definición y operacionalización de variables.....	46
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
CAPÍTULO IV	52
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
Descripción de los resultados	52
Contrastación de hipótesis	64
Hipótesis general.....	64
Hipótesis específica 1.....	65
Hipótesis específica 2.....	66
Discusión de resultados	67
CAPÍTULO V	71

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
Conclusiones.....	71
Recomendaciones	72
REFERENCIAS	74
APÉNDICES	77
APÉNDICE A	78
MATRIZ DE CONSISTENCIA	78
APÉNDICE B	81
MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS (PRE TEST Y POS TEST).....	81
APÉNDICE C	82
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS HISTORIA CLÍNICAS	82
APÉNDICE D	83
CONSENTIMIENTO INFORMADO	83
APÉNDICE E.....	84
PROGRAMA EDUCATIVO “CORAZÓN FELIZ”	84

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	18
<i>Niveles de presión arterial según OMS.</i>	18
Tabla 2.	24
<i>Índice de Masa corporal en adultos mayores de 64 años</i>	24
Tabla 3	34
<i>Obesidad abdominal según la OMS.....</i>	34
Tabla 4.	35
<i>Clasificación de distribución de grasa.</i>	35
Tabla 5.	47
<i>Matriz de Operacionalización de Variables</i>	47
Tabla 6.	50
<i>Nivel de confiabilidad del instrumento: Riesgo cardiovascular</i>	50
Tabla 7.	50
<i>Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”</i>	50
Tabla 8	52
<i>Índice de Masa Corporal - IMC.....</i>	52
Tabla 9	53
<i>Circunferencia a la cintura.....</i>	53
Tabla 10	54
<i>Índice cintura cadera.....</i>	54
Tabla 11	55
<i>Presión arterial sistólica.....</i>	55
Tabla 12	56
<i>Presión arterial diastólica</i>	56
Tabla 13	56
<i>Índice de Masa Corporal - IMC pre y post test</i>	56
Tabla 14	57
<i>Índice de Masa Corporal- IMC pre y post test según género.....</i>	57
Tabla 15	58

<i>Índice de Masa Corporal- IMC pre y post test según Cantones</i>	58
Tabla 16	58
<i>Niveles de Circunferencia de la cintura pre y post</i>	58
Tabla 17	59
<i>Niveles de Circunferencia de la cintura pre y post según género</i>	59
Tabla 18	60
<i>Niveles de Circunferencia de la cintura pre y post test según Cantones</i>	60
Tabla 19	60
<i>Distribución de grasa pre y post test</i>	60
Tabla 20	61
<i>Distribución de grasa pre y post test según género</i>	61
Tabla 21	61
<i>Distribución de grasa, pre y post test según Cantones</i>	61
Tabla 22	62
<i>Diagnóstico Presión arterial pre y pos test</i>	62
Tabla 23	63
<i>Diagnóstico según género de la presión arterial pre y pos test</i>	63
Tabla 24	64
<i>Diagnóstico Presión arterial pre y post test según los Cantones</i>	64
Tabla 25	65
<i>Efectividad del Programa “Corazón Feliz” en la reducción del riesgo cardiovascular</i>	65
Tabla 26	66
<i>Efectividad del Programa “Corazón Feliz” en el control del estado nutricional</i>	66
Tabla 27	67
<i>Efectividad del Programa “Corazón Feliz” en el control de la presión arterial</i>	67

LISTA DE ABREVIATURAS

HTA.	Hipertensión Arterial
ECNT.	Enfermedad crónica no trasmisible
ECV	Enfermedades cardiovasculares
ACV	Accidentes Cerebro Vascular
MSP.	Ministerio de Salud Pública
OMS.	Organización mundial de salud
OPS.	Organización Panamericana de la salud
ESANUT.	Encuesta de salud y nutrición.
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
DASH	Siglas en inglés de "Aproximación Dietética para Frenar la Hipertensión".
PA-HDA	Hipertensión diastólica aislada
PAS	Presión sistólica
EAIS	Equipos Atención primaria en salud
SNS	Sistema Nervioso Simpático
PAD	Presión diastólica
ECA	Enzima conversora de angiotensina
ADA	American Diabetes Association

RESUMEN

Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz” para el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, Ecuador, 2015. Hallándose una efectividad significativa del programa “corazón feliz” sobre el riesgo cardiovascular de los pacientes del club hipertensos.

El presente estudio es de tipo experimental, de diseño pre-experimental, con una población de 60 pacientes hipertensos de Guachapala y Paute. El muestreo es de tipo Censo, porque se incluyó la totalidad de los pacientes Hipertensos. Fueron 30 de Guachapala y 30 de Paute.

Los resultados demuestran que los pacientes mejoraron significativamente sus niveles de Índice de Masa Corporal, Circunferencia de Cintura, Índice Cintura Cadera y Presión arterial de los pacientes del club de hipertensos, tanto de Paute como de Guachapala. Los resultados descriptivos se dieron cambios relevantes en la disminución del peso después de aplicado el programa; considerando que fueron más las mujeres que bajaron de peso de 43.2% a 25%, mientras que los varones de 12.5% a 0%. Por otro lado, verificando las diferencias del IMC por cantones se visualiza que Paute bajó de 50% de sobrepeso a 19.2%; en cambio, los de Guachapala tan solo bajaron de sobrepeso de 26.9 % a 23.1%.

Por otro lado, en relación con el Síndrome metabólico, se puede verificar mediante la medida de circunferencia de cintura que no se dieron cambios significativos de manera global en todos los pacientes; un aspecto que se puede corroborar con la medida Cintura Cadera (distribución de grasa) que tampoco se visualiza un efectivo contundente.

Sin embargo, por género se puede observar que en los varones la CC aumentó en vez de bajar, a diferencias de las mujeres que si mejoraron en el nivel normal de 13.6% a 18.2%. Por otro lado, al observar las diferencias por Cantones observamos que en Paute se dieron mejores cambios en el CC que en Guachapala, un aspecto que evidencia las costumbres nutricionales que influyen en su estado

nutricional condicionado por su nivel de conocimiento al respecto. Un aspecto que se suscitan también en los datos de distribución de grasa corporal que no se reflejan diferencias significativas.

En cuanto a la medida de la presión en los pacientes del club de hipertensos, se evidenció en el estudio mejorías significativas, considerando que los casos de presión alta de estadio 1 (19.2%) bajaron a 13.5%, aumentando la cantidad de los niveles óptimos de presión arterial de los participantes. En cuanto género se dieron mejorías en todos los niveles de presión arterial, más en las damas que en los varones (aunque este último también tenga cambios significativos). Del mismo modo, cabe resaltar que en los cantones en Paute se verificaron mejores cambios en sus niveles de presión que en Guachapala. Se concluyó que el programa “corazón feliz” fue efectivo para el riesgo cardiovascular de los pacientes del club hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015

Palabras claves: Programa de Salud, Factores predisponentes, Factores de Riesgo, Síndrome metabólico, Estilo de vida, hipertensión arterial, índice de masa corporal.

ABSTRACT

To determine the effectiveness of the "Happy Heart" program in the control of cardiovascular risk in patients of the hypertensive club, Guachapala and Paute, Ecuador, 2015. There was a significant effectiveness of the "happy heart" program on the cardiovascular risk of hypertensive club patients.

The present study is an experimental type of pre-experimental design, with a coastline population of 60 hypertensive patients from Guachapala and Paute. The sample is Census type, because all hypertensive patients will be included. Being 30 from Guachapala 30 Paute.

The results show that patients significantly improved their levels of Body Mass Index, Waist Circumference, Waist Hip Index and Blood Pressure levels of the patients in the Paute and Guachapala hypertensive club. The descriptive results showed relevant changes in weight reduction after the program was applied; Considering that they were more women who lost weight (43.2%) to (25%) while men from (12.5%) to 0%. On the other hand verifying the differences of the IMC by cantons it is visualized that Paute from 50% of overweight to 19.2% in contrast Guachapala only dropped from overweight from 26.9% to 23.1%.

On the other hand, in relation to the Metabolic Syndrome, it is possible to verify by waist circumference measurement that there were no significant changes in a global way in all patients; An aspect that can be corroborated with the measure Hip Waist (distribution of fat) that does not visualize a blunt cash.

However by gender it can be seen that in males the CC males increased rather than lower in females than if they improved at the normal level from 13.6% to 18.2%. On the other hand, when observing the differences by Cantones we see that in Paute there were better changes in the CC than in Guachapala an aspect that evidences the nutritional habits that influence their nutritional status

conditioned by their level of knowledge about it. An aspect that are also raised in the body fat distribution data that do not reflect significant differences.

Regarding the measurement of the pressure in the patients of the hypertensive club, the study evidenced the significant improvements in its improvement considering that the cases of high pressure of stage 1 (19.2%) fell to (13.5%) increasing the amount of the Optimal blood pressure levels of participants. Differently in terms of gender, there were improvements in all blood pressure levels more in the women than in the men (although the latter also have significant changes). Likewise, it should be noted that in the case of the cantons in Paute there were better changes in their levels of pressure than in Guachapala

Concluding that the "happy heart" program was effective on the cardiovascular risk of hypertensive club patients in Guachapala and Paute, Ecuador, 2015

Key words: Health Program, Predisposing Factors, Risk Factors, Metabolic syndrome, Lifestyle, arterial hypertension, body mass index.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es la enfermedad y el factor de riesgo más relevante en la aparición de alteraciones cardiovasculares. Debido a procesos de occidentalización, ésta constituye un problema de salud pública en comunidades indígenas (Cardona Arias J., Llanes O., 2013, citado en Ocampo, 2016).

Las tendencias mundiales muestran una reducción en los valores de presión arterial (PA) en las últimas tres décadas (Danaei G., Finucane M., Lin J., Singh G., Paciorek C., Cowan M., et al, 2011, en Ocampo, 2016); la Hipertensión Arterial (HTA) afecta a casi el 40% de los adultos de los países desarrollados y está aumentando en aquellos con economías de transición (Kearney PM, Whelton M, Reynolds K., Muntner P., Whelton P., 2005, en Ocampo, 2016).

Wolf Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, et al (2003) hacen referencias que hay importantes diferencias continentales en algunos países; por ejemplo, Estados Unidos y Canadá tienen menor prevalencia de HTA que la detectada en Europa; posiblemente por una mayor intensificación de la prevención primaria (Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella EJ, Sorlie P., 2004, en Ocampo, 2016)

El Centers for Disease Control Prevention (CDC, 2011) afirma que, a pesar de que se ha mejorado el control de la HTA, menos de la mitad de los que conocen su enfermedad mantienen controlada la PA, cuya situación otros autores también lo corroboran (Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Banegas Banegas JR, González-Segura Alsina D, Lou Arnal S, et al., 2008, citado en Ocampo, 2016).

Por otro lado, Cifkova R. (2006) afirma que los hipertensos doblan el riesgo por sufrir un evento cardíaco y se atribuye a la HTA hasta un 35% de los eventos arterioscleróticos; y casi el 60% de los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares de personas mayores de 50 años (Graciani A,

Zuluaga-Zuluaga MC, Banegas JR, León-Muñoz LM, De la Cruz JJ, Rodríguez-Artalejo F., 2008, en Ocampo, 2016).

Este trabajo de investigación está dividido en cinco capítulos. El capítulo uno contiene el problema de investigación. El capítulo dos, los fundamentos teóricos de la investigación; el tercer capítulo contiene los métodos de la investigación; además el cuarto presenta el análisis de los resultados; para finalizar se presenta el capítulo cinco, en el cual se registran las conclusiones y recomendaciones. Por último, las referencias bibliográficas, y los anexos utilizados en este trabajo de investigación, de utilidad para los interesados en el tema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

Según el informe general de la hipertensión arterial (HTA), la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) sostiene que HTA afecta a uno de cada tres adultos; las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año. Las consecuencias adversas de la HTA para la salud son complejas, se ven afectados por otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de un 45 % de muertes infarto de miocardio y 51% por accidente cerebro vascular.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), muestra que 30 millones de personas en el mundo murieron por enfermedades no transmisibles(ENT) de las 52.8 millones de defunciones que ocurrieron a nivel mundial durante el año 2010, 65.5% fue debido a enfermedades no trasmisibles; se estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares; son la causa principal de enfermedad, muerte prematura y evitable en la Región de las Américas.

La HTA es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, son importantes causas de mortalidad en México. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos: 31.6% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012) (ESANUT, 2012).

Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. No hay duda de que, en general, el tratamiento temprano tiene importantes beneficios. Por esta razón, la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia, si se considera que en el año 2006 el 47.8% de los adultos con HTA no había sido diagnosticado como tal y que únicamente el 39.0% de los que ya habían sido diagnosticados recibía tratamiento (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

En el Ecuador, según la Encuesta de Salud y Nutrición (ESANUT), se muestra que la Hipertensión Arterial forma parte de las 10 primeras causa de muerte, aportan mayor cantidad de consultas e egresos hospitalarios (Ministerio de Salud Pública del Ecuador-MSP, 2013) siendo el mayor gasto público para el país. Igualmente, en este país de cada 100.000 personas, 1.373 tienen problemas de hipertensión, así lo afirma el informe 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012).

En el Ecuador, las cifras relevantes revelan que las enfermedades hipertensivas fueron la segunda causa de muerte en el 2011, según el Anuario de Nacimientos y Defunciones - INEC. “La HTA es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, se pueden desencadenar complicaciones severas”. Se sabe que los hombres tienen mayor predisposición a desarrollar esta enfermedad, situación que se modifica cuando las mujeres llegan a la etapa de la menopausia.

Desde de esta etapa, la frecuencia se iguala, porque las mujeres en edad reproductiva generan estrógenos, hormonas que ayudan a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, no quiere decir que las mujeres en edad fértil son inmunes a este tipo de enfermedades (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

En la provincia del Azuay durante el año 2012 se diagnosticaron y trataron 8.072 casos de hipertensión arterial según, ESANUT, no da una tasa de incidencia de 1.052 casos por cada 100.000 habitantes.

Otro estudio realizado en la universidad de Cuenca muestra que el 48.14% en pacientes varones y el 51.85% en mujeres, predominando en personas mayores de 60 años; los factores asociados a la HTA son los antecedentes patológicos familiares: la obesidad, la HTA , diabetes, estilos de vida sedentarios, hábitos nutricionales inadecuados: el consumo de café y sal, de alcohol y tabaco, estrés laboral; las complicaciones que predominan son la insuficiencia cardiaca congestiva, eventos cerebro-vasculares tipo hemorrágico e isquémico.

Antecedentes de la investigación

Naranjo A. (2011, en Sandra, 2012) desarrolló una investigación en la Universidad de Cuenca sobre los Factores de Riesgo asociados a la Hipertensión Arterial; las complicaciones afectan a los pacientes quienes acuden al “Hospital Mariano Estrella”; en cuyo estudio descriptivo se identificaron los factores asociados a la HTA así como sus complicaciones; se detectó antecedentes familiares, estilos de vida, hábitos nutricionales y se asocia con patologías: diabetes, insuficiencia renal crónica y a complicaciones cardiovasculares y neurológicas .

Sus resultados, el 10,7 % de las personas tiene un consumo de tabaco, un consumo de alcohol mayor de 30 g/día y el), el 7 % tuvo una dieta pobre en frutas y verduras, el 10 % presentó sedentarismo; el 71,6 de los adultos estudiados presentó sobrepeso y obesidad; el 51 ,7 % obesidad Abdominal. Se ha concluido que la Hipertensión Arterial fue más frecuente en las mujeres, en fumadores, en personas sedentarias, en personas quienes practican un pobre consumo de frutas y verduras; también en personas con sobrepeso y obesidad.

Suarez (2012, en Leónidas, et al 2012) realizó un estudio de prevalencia de HTA, en la Universidad de Guayaquil en pacientes de 40 a 65 años; este estudio fue de tipo retrospectivo, no experimental, realizado en el subcentro de Salud Reyna del Quinche, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de hipertensión arterial en el año 2008. Los datos fueron extraídos de la historia clínica de todos los pacientes hipertensos atendidos en ese periodo. Los pacientes hipertensos son mayores de 40 años, siendo una de sus conclusiones; los pacientes HTA, según el índice masa corporal, se encuentran con bajo peso: 13,83%, peso normal: 54,17%, sobre peso: 20,83%, obesidad 1 (8,33%), obesidad 2 (4,17%), obesidad 3 (4,17%).

Aguas (2011), por otro lado, realizó un estudio sobre la prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta en la Universidad Técnica del Norte. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal, se determinaron las características socio demográficas, se evaluó la presión arterial, estado nutricional, consumo de cigarrillo y alcohol, actividad física y consumo de sal; dejando la conclusión de que la prevalencia de la HTA se presenta tanto en hombres, así como en las mujeres, su incidencia aumenta conforme aumenta la edad (>61 años), por lo que la edad es un factor de riesgo importante en el riesgo de presentar esta patología.

Morales A. et al (2003) realizaron una investigación titulada *Hacia la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de la hipertensión arterial. A partir de la epidemiología de la hipertensión diastólica aislada*, con el objetivo de analizar la prevalencia de sujetos con niveles de presión arterial compatibles con el criterio de hipertensión diastólica aislada (PA-HDA), y buscar elementos de juicio, que permitieran el desarrollo de estrategias preventivas, participaron en el estudio más de doce mil personas, en su lugar de trabajo, de estudio o en su vivienda y se obtuvieron como resultados que la PA-HDA: (a) Es la variedad más frecuente; (b) Es el tipo que con mayor frecuencia se encuentra en menores de 15 años de ambos sexos; (c) Puede tener

relación con el desarrollo del sujeto, porque la talla tiene una leve y significativa influencia independiente de la masa corporal, tiene un riesgo que aumenta con los quintiles de masa corporal; es significativo a partir del quintil tres, aunque la influencia de la masa corporal es menor que la que tiene sobre la PA-HSD (presión arterial en niveles compatibles con el criterio de hipertensión sistólica y diastólica); (d) Tiene una prevalencia que se mantiene por debajo del 15% y tiende a disminuir en los grupos de mayor edad; (e) Tiene un riesgo en los hombres que equivale al doble del riesgo de las mujeres; (f) No se encontró asociación con tabaco ni con deporte, por lo que el control del peso desde edades tempranas es la única estrategia preventiva operable; (g) Es en este tipo de hipertensión se observa la mayor diferencia entre sujetos con y sin factores de riesgo, en menores de 60 años de edad (Ram y Partida, 2004).

Alvarez (2014), en un centro de salud de Lima, realizó un estudio, cuya muestra estuvo conformada por 30 pacientes hipertensos, a quienes se les aplicó un instrumento: entrevista para valorar su nivel de conocimientos sobre prevención en hipertensión arterial en adultos mayores. Los resultados muestran que la población adulta mayor es de sexo femenino de raza mestiza, con grado de instrucción primaria completa. Los mismos que tienen un conocimiento superior al medio sobre los valores de la presión arterial (el 80%); por otro lado, el 6,6 % poseen un nivel conocimiento bajo.

Carrion (2007) realizó un estudio en el Perú, para evaluar los factores asociados a la hipertensión arterial; se analizó mediante regresión lineal la relación entre circunferencia abdominal e índice de masa corporal vs presión arterial. Se verificó que la masa corporal y la circunferencia abdominal elevadas están asociadas al desarrollo de HTA; detallando los resultados de la siguiente manera: se encontró una unidad de IMC que se asociaba a un incremento de 1.3 mmHg. y 1.2 mmHg, para la presión sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en varones y de 1.3 y 0.8 mmHg en mujeres. Así como que por cada incremento de 5 cm. en la Circunferencia abdominal

(CA); la presión arterial se incrementaba en 2.4 mmHg., para la PAS y 2.0 mmHg. Para la PAD en los varones, en las mujeres este incremento fue de 2.9 y 1.5 mmHg., respectivamente. Se concluyó que los niveles de presión arterial se incrementaron en relación directa con el incremento del índice de masa corporal y de la circunferencia abdominal en todo el rango de valores de estas variables

Gamarra y Roque (2015) implementaron un programa de atención farmacéutica para pacientes hipertensos en la farmacia comunitaria Omar del distrito de Carmen de la Legua Reinoso de Lima, reflejando que el 50% de éstos emplea su medicación de manera incorrecta. A pesar de que no todos los errores son lo bastante serios como para dañar y deteriorar la salud; los estudios realizados ponen de manifiesto que el mal uso de los medicamentos representa, para el 25% de esos pacientes, una verdadera amenaza para su salud. A su vez, los elevados costos de las medicinas exigen hoy en día acciones coordinadas entre los distintos profesionales de la salud, encaminados a minimizar las pérdidas y a acrecentar al máximo los beneficios de los tratamientos farmacológicos.

Bautista, Vera, Villamil, Peña y Luna (2002) realizaron un estudio: *Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia*, con el objetivo de cuantificar la prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con edad, sexo, estrato socioeconómico e índice de masa corporal, el método empleado fue una encuesta transversal, de base poblacional, hecha en 1996, en una muestra aleatoria de 356 adultos, 20 años de edad, residentes en Bucaramanga, Colombia, en quienes se midieron peso, talla y presión arterial, se consideraron edad y sexo, los resultados obtenidos fueron los siguientes: las medias de presión sistólica (PS) y presión diastólica (PD) fueron significativamente mayores en hombres (122.5 y 88.1 mmHg) que en mujeres (117.2 y 75.4 mmHg). La PS ajustada aumentó con la edad, más en hombres que en mujeres, la PD no cambió significativamente con la edad. Por cada

aumento de un kg/m² la PS y la PD aumentaron 0.76 y 0.69 mmHg, respectivamente, los participantes de estrato socioeconómico bajo tuvieron una PS 6.8 y una PD 9.8 mmHg mayor que los del nivel alto. La prevalencia ajustada de HTA (PHTA) aumentó con la edad siendo mayor a los 50 años de edad que en los de 20 a 30 años y el sexo no tuvo efecto sobre la prevalencia de la hipertensión arterial (p=0.795).

Asimismo, Morales, Angulo, Corro, Rosas y Beauroyre (2006) realizaron un estudio titulado *Hacia la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de la hipertensión arterial*. A partir de la epidemiología de la hipertensión diastólica aislada, con el objetivo de analizar la prevalencia de sujetos con niveles de presión arterial compatibles con el criterio de hipertensión diastólica aislada (PA-HDA), y buscar elementos de juicio, que permitieran el desarrollo de estrategias preventivas, participaron en el estudio más de doce mil personas, en su lugar de trabajo, de estudio o en su vivienda y los resultados obtenidos fueron los siguientes: se encontró que la PA-HDA: a) es la variedad más frecuente, b) es el tipo que con mayor frecuencia se encuentra en menores de 15 años de ambos sexos; c) puede tener relación con el desarrollo del sujeto, la talla tiene una leve y significativa influencia independiente de la masa corporal (OR 1.03, IC 95% 1.01-1.04); d) tiene un riesgo que aumenta con los quintiles de masa corporal, es significativo a partir del quintil tres, aunque la influencia de la masa corporal es menor que la que tiene sobre la PA-HSD (presión arterial en niveles compatibles con el criterio de hipertensión sistólica y diastólica); e) tiene una prevalencia que se mantiene por abajo del 15% y tiende a disminuir en los grupos de mayor edad; f) tiene un riesgo en los hombres que equivale al doble del riesgo de las mujeres; g) no se encontró asociación con tabaco ni con deporte, el control del peso desde edades tempranas es la única estrategia preventiva operable; h) en este tipo de hipertensión se observa la mayor diferencia entre sujetos con y sin factores de riesgo, en menores de 60 años de edad.

Del mismo modo, Magro, Sagastagoitia, Sáez, Narváez y Vacas (2004) realizaron un estudio: *Factores de riesgo cardiovascular asociados a hipertensión arterial en mujeres según la edad*, el objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia de la hipertensión arterial y la diferente influencia de los factores de riesgo cardiovascular asociados a la hipertensión arterial en mujeres, dependiendo de la edad, participaron mil trescientas diecisiete mujeres con edad comprendida entre los 16 y 65 años, representativas de la población femenina de esta edad de Vizcaya. A cada una de las participantes se les determinó: presión arterial, peso y talla para calcular el índice de masa corporal, colesterol total, colesterol ligado a lipoproteína de alta densidad, colesterol ligado a lipoproteína de baja densidad, triglicéridos y glucosa; la muestra se dividió en 5 grupos por décadas de vida, acudieron 1.100 mujeres (83,5%) con una edad media de $39,83 \pm 13,99$ años. Obteniendo los siguientes resultados, la prevalencia de hipertensión arterial global fue 26,62%, siendo los valores medios de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica de $124,8 \pm 21,8$ y $78,3 \pm 12,5$ mmHg. Encontraron una asociación estadística, altamente significativa, entre la hipertensión arterial y la edad y el único factor de riesgo asociado a la hipertensión presente en todas las décadas de vida estudiadas fue el índice de masa corporal.

Canal (2012) investigó los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de enfermedades cerebro vasculares para el cuidado y promoción de la salud comunitaria, en estudiantes de la escuela de enfermería de Duisburg Nord, Alemania, 2011; los resultados obtenidos, según la prueba de χ^2 de Pearson y la T de student para investigaciones correlacionales positivo y significativa muy fuerte ($r=0.842$); se concluyó que los conocimientos y actitudes tienen una relación positiva con las prácticas sobre prevención de la ECV para el cuidado y promoción de la salud comunitaria, en estudiantes de la escuela de enfermería de Duisburg Nord, Alemania.

Por otro lado, Robles, Guzmán, Herrera y Valadez (2009) realizaron un estudio titulado: *Prevalencia de prehipertensión arterial y de hipertensión arterial y su relación con la obesidad*, con la finalidad de identificar la relación entre la prehipertensión arterial, la presión arterial y su relación con la obesidad. Realizaron un estudio descriptivo transversal, de junio a octubre del 2007, en alumnos de 17 a 35 años de la Universidad de Guadalajara, México; el tamaño de la muestra fue de 180 adultos jóvenes con una edad promedio de 21 años y un peso promedio de 56 kg. El 89% fueron mujeres, la prevalencia de prehipertensión arterial fue del 20%, la de HTA fue del 7% y la de obesidad fue del 9%. La prevalencia de prehipertensión arterial en los varones fue del 53% y la de HTA fue del 21% ($p=0,001$), el 38% de los sujetos obesos presentó prehipertensión arterial y el 6% hipertensión arterial ($p=0,125$). En el estudio, encontraron una prevalencia de prehipertensión arterial más elevada en el sexo masculino; es mayor cuando el paciente presenta algún grado de obesidad; la evaluación de la presión arterial debe ser un objetivo fundamental en la exploración física cotidiana de todo paciente, sobre todo en adultos jóvenes con sobrepeso u obesidad, independientemente del grado de obesidad que presenten.

Medina (2008) desarrolló el programa, *Dieta sana en disminución de síntomas de enfermedades cerebro vasculares y en la condición físico metabólica en los pobladores adultos del asentamiento humano Sicuani del distrito Ate Vitarte, Lima*. Los resultados mostraron que antes de la intervención el 76.19% consumía una dieta basada en harinas refinadas y el 57.14 % en grasas y frituras, después del programa este mismo porcentaje incrementa la ingesta de frutas y verduras en su alimentación, disminuyendo las harinas, grasas, y frituras 23.81 %, 14,29 %.

Finalmente, Páez y Rodríguez (2013) realizaron un estudio sobre la hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados. Factores de riesgo, con el objetivo de comprobar la existencia de pacientes hipertensos no diagnosticados, así como la presencia de factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en la población de dos consultorios médicos del Policlínico California del

municipio San Miguel del Padrón, seleccionaron al azar 75 pacientes, no hipertensos, a los cuales les aplicaron de forma individual una encuesta médica y les realizaron tres tomas de presión arterial en condiciones adecuadas, que permitió clasificarlos según la magnitud de las cifras tensionales obtenidas, el 21.4% de los pacientes fueron clasificados como pre hipertensos y el 18.6% eran hipertensos que no habían sido diagnosticados, predominó los hipertensos grado I. Fue encontrado un elevado porcentaje de familiares hipertensos de primer orden y se identificaron factores de riesgo de la HTA: la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo exagerado de sal.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para el control de riesgo cardiovascular de pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel del Índice de Masa Corporal de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?

¿Cuál es el nivel de la Circunferencia de la Cintura de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?

¿Cuál es la distribución de la grasa corporal de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?

¿Cuál es el nivel de presión arterial de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz”, para el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?

¿Cuál es la efectividad del programa “¿Corazón Feliz”, para el estado nutricional de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala Paute, Ecuador, 2015?

¿Cuál es la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para la presión arterial de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Objetivos específicos

Identificar el nivel del Índice de Masa Corporal de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Identificar el nivel de la Circunferencia de la Cintura de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Identificar la distribución de la grasa corporal de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz”, para el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Identificar el nivel de presión arterial de los pacientes antes y después del programa “Corazón Feliz”, para el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para el estado nutricional de los pacientes del club de hipertensos, en Guachapala Paute, Ecuador, 2015.

Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para la presión arterial de los pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Hipótesis

Hipótesis general

H1. El Programa “Corazón Feliz” es efectivo, para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Hipótesis específicas

El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el estado nutricional de los pacientes del club de hipertensos, en Guachapala Paute, Ecuador, 2015.

El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para la presión arterial de los pacientes del club de hipertensos, en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Justificación

Esta investigación es muy relevante, porque contribuirá para el quehacer científico, ampliando la teoría existente sobre los factores que influyen en la incidencia y prevalencia en la hipertensión arterial. Sin embargo, el presente estudio también contribuirá para la teoría existente o verificará los cambios ocurridos en el comportamiento de dichas variables a través del programa

de intervención; frente a un mundo dinámico y globalizado; además que no ha habido programas de intervención en hipertensos en estas comunidades.

Por otro lado, la presente investigación es relevante a nivel metodológico; el diseño pre experimental que se usó en el presente estudio nos conllevará a una observación minuciosa del comportamiento de la variable dependiente que ha sido inducida hacia el cambio a través de la variable independiente (programa). Se pretende buscar diferencias significativas al final de la intervención, generando una posible explicación de “causalidad” a nivel explicativo mediante una regresión. Esto aportará al mundo científico un programa de intervención en pacientes hipertensos y poder controlar las variables que los afectan; un programa que podría ser replicado en otras esferas.

Asimismo, los resultados del presente trabajo de investigación aportarán de manera práctica para los profesionales de salud para que puedan repotenciar sus programas preventivos en comunidades mixtas (indígenas, mestizos); además las instituciones de salud local considerarán estos resultados para que reconfiguren sus planes de acción en estas comunidades; sumado a las nuevas políticas que podrían emitir el Ministerio de salud relacionados con la salud preventiva para estas comunidades mixtas; además permitirá controlar los diversos factores que influyen en agravar esta enfermedad o mejor aún disminuir el riesgo. En esta comunidad se pueda dar sostenibilidad al programa ya implementado por el gobierno a través del Ministerio de Salud Pública (MPS) con apoyo del Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD); un trabajo en la atención primaria de la salud plasmando mecanismo preventivo para este mal que aqueja a los pobladores.

Finalmente, la relevancia social se revela en que los datos de este trabajo científico servirán para que las familias puedan tomar conciencia de los factores que influyen en la

hipertensión condicionando su estado de salud. Repercutirá para que las familias generen cambio en su estilo de vida y entablando estrategias preventivas de salud para sus seres queridos. Finalmente, los gobiernos locales pueden hacer uso de estos resultados y plantear programas preventivos de fortalecimiento a los miembros de su comunidad.

Viabilidad

La presente investigación es viable, porque se tuvo el apoyo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y en especial del Distrito 01D06 El Pan a Sevilla de Oro, con los recursos humanos, materiales y económicos requeridos para la implementación, ejecución y sostenibilidad de misma; así las condiciones administrativas fueron favorables en vista de que se poseía las normas legales pertinentes para la realización de este programa de forma nacional.

Delimitaciones

La investigación se realizó en los cantones de Paute y Guachapala, Distrito 01D06 El Pan a Sevilla de Oro Azuay Ecuador, en el Club de Hipertensos durante el año 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Fundamento Filosófico

"¿No sabéis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, que está en vosotros, que tenéis de Dios, Y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio. (Abell, n.d.) Por tanto, glorificad a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu los cuales son de Dios." (1º Corintios 6:19, 20, Valera, 1960).

White (1975), en su libro *Evangelismo médico* declara que estudiar las maravillas del organismo y las leyes por las cuales se gobierna el organismo humano debe ser prioridad en la vida del ser humano, especialmente del cristiano. Además, refiere que muchas de las enfermedades se podrían prevenir si se obedecieran las leyes de la salud; la comunidad adventista busca tener mayor conocimiento acerca de la prevención y cuidado de la salud, para minimizar los riesgos de las enfermedades. Es decir, busca conocer y practicar los principios de la filosofía del régimen de salud. En este sentido, el presente estudio será viable, porque la población objetivo está interesada en el cuidado y la conservación de la salud, considerando, además, otro principio bíblico que refiere que “el cuerpo es templo del Espíritu Santo” (1Corintios 6:19).

En la actualidad, las personas están inclinadas al cuidado de la salud; en este sentido, la comunidad adventista además tiene principios bíblicos sostienen el cuidado del cuerpo y la salud, “si oyereis su voz ninguna enfermedad de los egipcios os sobre vendrá” (Éxodo 15:26).

Abel Rodman (2015) refiere que el Señor necesita hombres y mujeres que trabajen como enfermeros y enfermeras, para consolar y ayudar al enfermo y al que sufre. ¡Oh, si todos los que

son afligidos pudieran ser auxiliados por médicos y enfermeros semejantes a Cristo que los ayuden a colocar sus cuerpos cansados y doloridos al cuidado del gran Sanador, mirando con fe a él en procura de restauración!

Fundamentos Teóricos

Hipertensión arterial y su relevancia

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles representan una verdadera epidemia que va en aumento, debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que se acentúan: el sedentarismo y la mala alimentación. Como indica la Organización Mundial de la Salud, (OMS), son enfermedades de larga duración, de lenta progresión, no se resuelven espontáneamente y rara vez logran una curación total (OMS, 2013). Resalta que, a nivel mundial, son responsables del 63% de las muertes equivalente a 36 millones de muertes por año, un 25% de estas en menores de 60 años, por lo que la detección precoz y el tratamiento oportuno de estas patologías es prioritario.

Asimismo, Chile (2011) enfatiza que dentro del grupo de ENT destacan las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, patologías prevenibles relacionadas con estilos de vida no saludables: tabaquismo, alimentación no saludable, inactividad física y consumo excesivo de alcohol. Estos factores de riesgo han sido priorizados en los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, con metas específicas para cada patología, así como para los principales factores de riesgo, contribuyendo así al control de estos a través de una detección y tratamiento oportuno, previniendo complicaciones, discapacidad y mortalidad prematura.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas representan una verdadera epidemia que va

en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan sedentarismo y la mala alimentación.

La OMS (2015) dice que en su conjunto son responsables de más del 60% de las muertes, el 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Definición de la Hipertensión Arterial

La OMS (2015) define que la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. Además, la tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear

Aha (2010) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta. Cuanta más alta es la tensión arterial, más tiene que trabajar el corazón para bombear la sangre. La hipertensión es un problema de salud pública frecuente en los países desarrollados. En EE. UU., uno de cada tres adultos tiene la presión arterial elevada.

La hipertensión no tratada conduce a muchas enfermedades degenerativas, como IC, nefropatía terminal y enfermedad vascular periférica. A menudo se le llama “el asesino silencioso”, porque las personas con hipertensión pueden estar asintomáticas durante años y después sufrir un ictus (Eva et al, 2012).

La OMS (2013), en un Informe sobre la hipertensión en el mundo, la define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales: el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general.

Medición y Clasificación de la tensión arterial

Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. Así, pues, la hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva.

En la siguiente tabla, (Tabla I), se presenta la clasificación de los valores de la presión arterial en adultos.

Tabla 1.

Niveles de presión arterial según OMS.

CATEGORIA	PAS (mm/Hg)	PAD (mm/Hg)
Optima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

Fuente: British Hipertensión Society (BHS), European Society Hipertensión (ESH). European Society Cardiology (ESC), Sociedad Española de Hipertensión (SEH).

Con relación a la clasificación, según el grado de repercusión visceral, hace referencia a la gravedad o riesgo individual de cada hipertenso. La propuesta de la OMS es la siguiente:

FASE I. Sin signos aparentes de repercusión visceral

FASE II. Debe estar presente alguno de los siguientes signos: hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía grado II, proteinuria y/o aumento de creatinina plasmática

FASE III. Aparecen signos y síntomas de afectación visceral severa: insuficiencia cardíaca o coronaria, encefalopatía, hemorragia retiniana, papiledema, insuficiencia renal manifiesta.

Según la etiología, puede ser primaria o esencial, si se desconoce su causa y secundaria si ésta es conocida. Ambas fueron anteriormente descritas.

Incidencia y prevalencia

La OMS (2013) resalta que, a nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebro vascular o cardiopatía. Ese problema fue la causa directa de 7,5 millones de defunciones en 2004, lo que representa casi el 13% de la mortalidad mundial.

Aproximadamente 74 millones de estadounidenses adultos de 20 o más años de edad, tienen hipertensión o están tomando fármacos hipotensores (Aha, 2010). Las tasas de prevalencia de la hipertensión se han estabilizado en los últimos 8 años, pero siguen siendo casi el doble del objetivo de Healthy People 2010, más del 30% de la población adulta de EE. UU. Tiene la presión arterial elevada (Egan et al., 2010).

Los adultos de raza negra no hispanos tienen una prevalencia de hipertensión ajustada según la edad (43% de los hombres; 44,8% de las mujeres), mayor que los caucásicos no hispanos (34,3% de los hombres; 31,1% de las mujeres), norteamericanos de origen mexicano (25,9% de los hombres y 31,6% de las mujeres) o nativos americanos (25,3% de hombres y mujeres) (Aha, 2010).

La prevalencia de hipertensión en las personas de raza negra es una de las más altas de todo el mundo.

Así mismo, las personas de raza negra desarrollan hipertensión en etapas más tempranas de la vida y mantienen cifras más altas de presión arterial, su riesgo de sufrir ictus mortales, cardiopatías o enfermedad renal terminal es mayor que en personas caucásicas.

Una persona de cualquier edad puede ser hipertensa. Aproximadamente el 16% de los niños y el 9% de las niñas tienen una presión arterial elevada (Ostchega et al., 2009), con la edad aumenta la prevalencia de hipertensión. Antes de los 45 años, más hombres que mujeres tienen hipertensión; después de los 65 años, las tasas de hipertensión en mujeres de cada grupo racial superan las de los hombres de ese grupo (Aha, 2010). La prevalencia de hipertensión aumenta con la edad, más de la mitad de la población de personas mayores (>65 años) de cualquier grupo racial tiene hipertensión. Aunque las intervenciones del estilo de vida dirigidas a las personas mayores podrían reducir la prevalencia de hipertensión, los programas de intervención precoz tienen más potencial a largo plazo, para reducir globalmente las complicaciones relacionadas con la hipertensión (Gidding et al., 2009).

Fundamentos Fisiopatológicos de la Hipertensión Arterial

La presión arterial es una función del gasto cardíaco multiplicado por la resistencia periférica (resistencia de los vasos sanguíneos al flujo de la sangre). El diámetro del vaso afecta enormemente al flujo sanguíneo. Cuando el diámetro se reduce (como sucede en la aterosclerosis), la resistencia y la presión arterial aumentan. Y a la inversa, si el diámetro aumenta (por ejemplo, con fármacos vasodilatadores), la resistencia disminuye y la presión arterial desciende.

Muchos sistemas mantienen el control homeostático de la presión arterial. Los principales reguladores son el Sistema Nervioso Simpático (SNS), para el control a corto plazo y el riñón para el control a largo plazo. En respuesta a un descenso de la presión arterial, el SNS secreta noradrenalina, un vasoconstrictor que actúa sobre las arterias pequeñas y arteriolas, para aumentar la resistencia periférica y elevar la presión arterial. Los trastornos que provocan un hiperestimulación del SNS (p. ej., ciertas alteraciones suprarrenales o la apnea del sueño) generan un aumento de la presión arterial (Khayat 2009). El riñón regula la presión arterial controlando el volumen del líquido extracelular y secretando renina, que activa el sistema renina-angiotensina. En la mayor parte de los casos de hipertensión, la resistencia periférica aumenta. Esta resistencia obliga al ventrículo izquierdo del corazón a hacer más esfuerzos, para bombear la sangre por el sistema. Con el tiempo, aparece HVI y finalmente IC.

Norton et al. (2010) refieren que variantes genéticas frecuentes de los genes del SRA, incluidos la enzima conversora de angiotensina (ECA) y el angiotensinógeno, han demostrado estar relacionados con hipertensión. Igualmente, Savoia y Schiffrin (2007) indican que una mayor producción de estas proteínas podría aumentar la producción de angiotensina II, el principal mediador del SRA, elevando así la presión arterial. La angiotensina II quizás también desencadene una inflamación de bajo grado en la pared del vaso sanguíneo, un problema que predispone a la hipertensión.

Para Mathieu et al., (2009), la hipertensión suele presentarse junto a otros factores de riesgo cardiovascular, como obesidad visceral (intra-abdominal), resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia y concentraciones bajas de colesterol de HDL. La presencia conjunta de 3 o más de estos factores de riesgo conduce al síndrome metabólico. No está claro si uno o más de estos factores de riesgo preceden a los otros o bien aparecen simultáneamente. El cúmulo de grasa

visceral sintetiza mayores cantidades de angiotensinógeno, que a su vez activa el Sistema Renina Angiotensina (SRA) y eleva la presión arterial.

Además, Depres (2006, citado en Mahan, 2009) afirma que la angiotensina II es el mediador principal del SRA, promueve el desarrollo de adipocitos grandes y disfuncionales, producen mayores cantidades de leptina y menos adiponectina. Concentraciones más altas de leptina y menores cantidades de adiponectina circulante activan el SNS, un componente clave de la respuesta hipertensora.

Factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial

Se han descrito los siguientes factores hipertensinogénicos (1) Obesidad, (2) Resistencia a la insulina, (3) Ingesta elevada de alcohol (4) Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles a la sal (5) Edad y Sexo, (6) Sedentarismo (7) Estrés (8) Ingesta baja de potasio (9) Ingesta baja de calcio.

Estrategias en el tratamiento de la hipertensión arterial

El paciente hipertenso en la actualidad debe ser tratado de una manera individualizada, en relación con los factores de riesgo que puedan estar presentes y con la patología asociada. El objetivo de la prevención y control de la HTA es evitar las lesiones orgánicas para disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular con los medios menos agresivos posibles. Esto puede cumplirse consiguiendo y manteniendo la PAS por debajo de 140 mmHg, y la PAD por debajo de 90 mmHg, controlando a la vez otros factores de riesgo asociados.

Tratamiento No farmacológico

Debe instituirse medidas de estilo de vida cada vez que sea apropiado en todos los pacientes hipertensos, incluyendo a quienes requieren tratamiento farmacológico. El propósito es bajar la PA, controlar otros factores de riesgo, disminuir el número o las dosis de drogas

antihipertensivas. También son recomendables medidas de estilo de vida en sujetos con presión arterial normal y normal-alta (véase Fig. 3) para disminuir el riesgo de desarrollar hipertensión.

- dejar de fumar
- bajar de peso (y estabilizar el peso)
- disminuir el consumo excesivo de alcohol
- ejercicio físico
- disminución del consumo de sal (<6g NaCl)
- aumentar el consumo de K⁺ (>6g)
- aumentar el consumo de frutas, verduras y disminuir el consumo de grasas saturada.

Reducción de peso

El sobrepeso u obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial, desde la primera infancia. Por lo tanto, el control ponderal se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico y todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conlleve una restricción calórica y un aumento de la actividad física. La reducción de peso disminuye la presión arterial y aumenta el efecto hipotensor del tratamiento farmacológico; además, puede reducir significativamente los factores concomitantes de riesgo cardiovascular, tales como diabetes y dislipemia. Debe ser un objetivo constante la reducción de peso y mantenimiento del peso ideal en el sujeto hipertenso; el especialista en consulta debe recordar incluir siempre el consejo dietético y, en principio, recomendar una reducción de peso de alrededor de 5 Kg con nuevas disminuciones de 5 Kg en función de la respuesta obtenida y el peso del paciente.

Mantener un índice de masa corporal (IMC)

Tabla 2.

Índice de Masa corporal en adultos mayores de 64 años

VALORACIÓN	
Adelgazamiento	< 20.99
Bajo Peso	21 a 22.99
Normal	23a 27.99
Sobrepeso	28-31.99
Obesidad	>32

Reducción del consumo excesivo de alcohol

En los estudios desarrollados por Reverte et., al (1998), se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre por los consumos superiores a 30 g/día de alcohol puro, cuyos resultados mostraron que los no bebedores y en los bebedores que sobrepasan el umbral de 30 g de alcohol / día, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor que en los consumidores ligeros de alcohol. Los individuos, cuyo consumo de alcohol es de cinco o más bebidas estándares por día, pueden presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo. En los bebedores, cuyo patrón es de fin de semana, es posible diagnosticar una hipertensión al principio de la semana cuyas cifras serán bastante menores al final de la misma.

El investigador también demostró que en un alto consumo de alcohol se asocia también con una mayor frecuencia de presentación de Accidentes Cerebro Vascular ACV hemorrágico, también con aumento de la morbimortalidad total, aunque se demuestra claramente una relación inversa entre el consumo de alcohol y la mortalidad coronaria. En consumos moderados de alcohol se pierde la correlación con la hipertensión y el ACV y se sigue manteniendo una

correlación inversa con la cardiopatía isquémica. Ateniéndonos a los datos disponibles, no se tiene ninguna razón científica para recomendar a un sujeto abstemio que consuma cantidades moderadas de alcohol; pero sí está justificado dar al bebedor de más de 30 g de alcohol / día consejo encaminado a la reducción de su consumo a cantidades de 20-30 g/día, si es varón, y de 10-20 g/día, si es mujer.

Abandono del tabaco

Para Pardell (2003), la hipertensión arterial (HTA) y el tabaquismo son dos condiciones crónicas altamente prevalentes, afectando a más del 30 % de la población adulta, cada una de ellas por separado y hasta al 5 % como mínimo su asociación.

El riesgo cardiovascular derivado de su existencia es muy elevado, siendo la HTA el principal factor de riesgo en la mayoría de países del mundo y el tabaquismo la principal causa de muerte evitable. Se deriva un altísimo coste sanitario y social. Los diversos componentes del tabaco y del humo del tabaco actúan a distintos niveles del organismo, originando alteraciones fisiopatológicas que explican las complicaciones derivadas, mayormente la aceleración del proceso arteriosclerosis y las alteraciones vasculares y endoteliales observadas en el fumador, la propia elevación tensional, las alteraciones hemorreológicas y del sistema de coagulación y diversas alteraciones endocrinas hemodinámicas. Todas ellas subyacen en el desencadenamiento de la enfermedad coronaria y cerebro vascular, las dos principales complicaciones cardiovasculares de la HTA potenciadas por el tabaquismo.

Aumento de la actividad física

Como respuesta al entrenamiento físico, en normo-tensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de -4/-4 mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo

hace. Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores; por ejemplo, una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años. Para explicar esto se consideran una serie de hipótesis: reducción de la eyección cardíaca, disminución de las resistencias vasculares periféricas por mayor diámetro de los vasos de resistencia como consecuencia de la apertura y proliferación del lecho capilar en los músculos entrenados, reducción de la actividad simpática y de la resistencia a la insulina o el efecto natriurético del ejercicio (Aguas, 2011).

Mejorar los patrones dietéticos.

Appel et al. (2006) en varios patrones dietéticos han demostrado reducir la presión arterial. Estudios observacionales y ensayos clínicos han asociado las dietas vegetarianas con PAs más bajas. Se han descrito reducciones de PAs de 5-6 mmHg. El estudio dietético Dietary Approachesto Stop Hypertension (DASH) demuestra que este patrón bajo en grasas (que incluye carnes magras y frutos secos, y hace hincapié en frutas, hortalizas, verduras y productos lácteos sin grasa) reduce la PAs. Se ha encontrado que la dieta DASH es más eficaz que una dieta pobre en grasas a la que simplemente se añaden frutas y verduras. Aunque la dieta DASH es segura y actualmente se recomienda para prevenir y tratar la prehipertensión y la hipertensión, es rica en potasio, fósforo y proteínas, según los alimentos elegidos. Por este motivo, la dieta DASH no es aconsejable para personas con enfermedad renal terminal

Appel et al (2006) examinó tres versiones de la dieta DASH sobre la presión arterial y los lípidos séricos. Las dietas estudiadas fueron la DASH original, una versión rica en proteínas de la dieta DASH (25% de las calorías en forma de proteínas, aproximadamente la mitad de origen vegetal), y una dieta DASH rica en grasas mono insaturadas (31% de las calorías provenientes de

grasas, mayormente mono insaturadas). Aunque todas las dietas reducían la PAs, la sustitución de parte de los hidratos de carbono (cerca del 10% de las calorías totales) en la dieta DASH con más proteínas o con grasas mono insaturadas lograba la mayor reducción de la presión arterial y el colesterol sanguíneo. Esto podría conseguirse sustituyendo parte de las raciones de frutas, pan o cereales por frutos secos.

Como muchos pacientes hipertensos tienen sobrepeso, también se han puesto a prueba versiones hipocalóricas de la dieta DASH, para valorar su eficacia respecto a la pérdida de peso y reducción de la presión arterial. Blumenthal et al., (2010). Una dieta DASH hipocalórica consigue mayores descensos de PAs y PAd, comparada con una dieta pobre en grasas y baja en calorías. Más recientemente, el estudio ENCORE mostró que la adición de ejercicio y pérdida de peso a la dieta DASH lograba mayores reducciones de la presión arterial, mejorías más importantes de la función vascular y menor masa ventricular izquierda, que la dieta DASH sola

Para Cook et al., (2007), los resultados apoyan la reducción de la presión arterial y el riesgo cardiovascular mediante la disminución del sodio dietético. Por ejemplo, en los Trials of Hypertension Prevention, más de 2.400 personas con presión arterial moderadamente elevada se distribuyeron aleatoriamente entre reducir el sodio hasta 750-1.000 mg/día o bien seguir las directrices generales sobre la dieta saludable durante un período de tiempo de 18 meses a 4 años. De los 10-15 años posteriores a la finalización de los estudios, las personas quienes redujeron el sodio tuvieron un riesgo 25-30% menor de padecer IM, ictus y otros problemas cardiovasculares, comparado con el grupo que no lo redujo. Otros estudios aleatorios han confirmado estos efectos positivos de la disminución de sodio sobre la presión arterial y los problemas cardiovasculares en personas con y sin hipertensión.

Dieta DASH

Los estudios de sodio DASH pusieron a prueba los efectos de tres cantidades diferentes de ingesta de sodio (1.500 mg, 2.300 mg y 3.300 mg/día), combinadas con una dieta estadounidense típica o bien la dieta DASH en personas con pre hipertensión o hipertensión estadio 1 (Appel, 2006). Las presiones arteriales más bajas correspondieron a quienes consumían 1.500 mg de sodio y la dieta DASH. Tanto con esta dieta, así como con la típica estadounidense, cuanto menos sodio, más baja resultó la presión arterial. Estos datos constituyen la base de las directrices dietéticas actuales de limitar la cantidad de sodio a 1.500 mg/día en aquellas personas

con presión arterial superior a las cifras óptimas. Para aquellos con presión arterial normal, las Directrices Dietéticas para los Estados Unidos recomiendan ingerir menos de 2.300 mg/día de sodio, equivalente a 6 g de sal. Las Practice Guidelines American Diabetes Association. (ADA, 2009) y otras organizaciones apoyan esta recomendación.

La respuesta al sodio es muy variable en las personas. Algunas personas con hipertensión muestran un mayor descenso de su presión arterial en respuesta a una ingesta reducida de sodio. Significativamente al reducir la ingesta de sal. La sensibilidad a la sal es variable, las personas muestran descensos mayores o menores de la presión arterial. En general, las personas más sensibles a los efectos de la sal y el sodio tienden a ser individuos de raza negra, obesos y de mediana edad o mayores, especialmente si tienen diabetes, nefropatía crónica o hipertensión (Mahan, 2009)

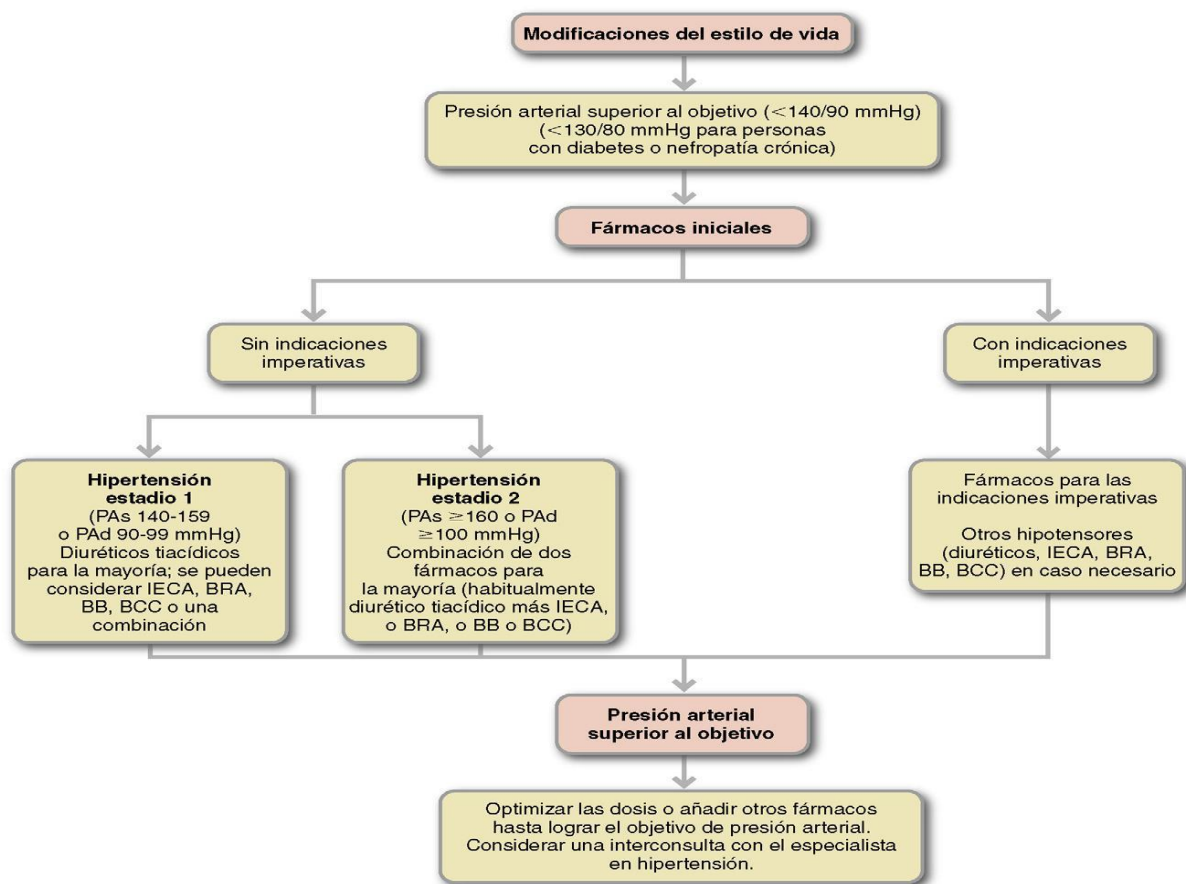


Gráfico 1. Estilos de vida

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico debería probarse con modificaciones reales del estilo de vida durante varios meses. La dieta DASH se usa en la prevención y el tratamiento de la presión arterial elevada. Esta dieta requiere modificar muchos hábitos: comer el doble del promedio de raciones diarias de frutas, hortalizas, verduras y productos lácteos; reducir en un tercio el consumo habitual de ternera, cerdo y jamón; comer la mitad de las cantidades usuales de grasas, aceites y aliños de ensaladas; y consumir un cuarto de los tentempiés y dulces. Las personas con intolerancia a la lactosa podrían necesitar añadir la enzima lactasa o bien emplear otras estrategias para sustituir a la leche. Valorar la disposición del paciente para hacer cambios, e involucrar al paciente en la resolución de problemas, toma de decisiones y establecimiento de objetivos son estrategias conductuales que podrían mejorar el cumplimiento (Appel et al., 2006).

El gran número de frutas y verduras de la dieta DASH supone un cambio notable respecto al consumo habitual en EE. UU. Para lograr las 8-10 raciones diarias, se deben consumir de 2 a 3 frutas y hortalizas o verduras en cada comida. Es destacable que, como la dieta DASH contiene mucha fibra, hay que realizar aumentos graduales de las frutas, verduras, hortalizas y cereales integrales ingeridos. Los cambios lentos reducen posibles alteraciones gastrointestinales a corto plazo relacionadas con las dietas ricas en fibra, como distensión y diarrea. El patrón DASH está en las directrices nutricionales actuales de la AHA (Appel et al.2006).

Restricción de sal

Las Directrices Dietéticas para los estadounidenses recomiendan que los adultos jóvenes consuman menos de 2.400 mg de sodio al día. A las personas con hipertensión, las de raza negra, adultos de mediana edad y ancianos (casi la mitad de la población) se les recomienda consumir 1.500 mg/día como máximo (U.S. Department of Agriculture [USDA], 2005). El estudio del sodio y DASH demostró que las personas que consumían 1,5 g de sodio lograban mayores

beneficios respecto a su presión arterial que aquellos con ingestas mayores. Las dietas con menos sodio también demostraron mantener baja la presión arterial a lo largo del tiempo y favorecer la eficacia de ciertos fármacos hipotensores. Aunque puede ser recomendable que las personas con aumento de la presión arterial restrinjan el sodio hasta la cantidad correspondiente a la ingesta adecuada (IA), es muy difícil cumplir dietas con menos de 2 g/día de sodio.

Además de la recomendación de elegir alimentos mínimamente procesados, el asesoramiento dietético debe incluir instrucciones sobre la lectura de etiquetas alimentarias respecto al contenido el sodio, evitar el uso excesivo de sal al cocinar o preparar comidas (1 cucharadita de postre de sal = 2.400 mg de sodio) y emplear otros condimentos para dar más sabor. El plan DASH es rico en frutas y verduras, tienen menos sodio de forma natural que muchos otros alimentos. Como la mayor parte de la sal dietética proviene de los alimentos procesados y las comidas fuera de casa, las modificaciones en la preparación y el procesamiento de alimentos pueden ayudar a los pacientes a lograr el objetivo. Estudios sensoriales muestran que el procesamiento comercial podría desarrollar y revisar recetas utilizando menos sodio, y reducir el sodio añadido sin que afecte a la aceptación del cliente. La industria alimentaria ha empezado esta campaña para reducir el sodio en la dieta estadounidense. Véase Foco de interés: el sodio y la industria alimentaria.

Tratamiento farmacológico de la HTA

Los principales beneficios del tratamiento antihipertensivo se deben a la mejoría de la PA per se. Cinco clases mayores de agentes antihipertensivos son aptos para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, solos o en combinación⁵: diuréticos tiazidas, bloqueantes del calcio, inhibidores de la ECA (IECA), bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) y beta bloqueante.

Las betas bloqueantes, sobre todo en combinación con un diurético tiazida, no se debe usar en pacientes con el síndrome metabólico o con alto riesgo de incidencia de diabetes. En estos pacientes, el carvedilol, nebivolol o indapamida de liberación lenta pueden ser aptos 99-101. Los inhibidores de la renina, tales como el aliskiren, aunque no disponibles en todos los países, han demostrado ser efectivos como agentes antihipertensivos¹⁰²; sin embargo, aún se aguardan los resultados de algunos ensayos, y todavía se desconoce la relación costo/beneficio de estos agentes. En muchos pacientes se necesita más de una droga, así que combinaciones fijas pueden ser útiles para mejorar el cumplimiento y aumentar el éxito en el control de la presión arterial¹⁰³.

La elección de la droga específica, o la combinación de drogas, y el evitar otras debe tener en cuenta lo siguiente:

1. La experiencia previa del paciente individual, favorable o no favorable, con cierta clase de antihipertensivos.
2. El efecto de las drogas sobre los factores de riesgo CV en relación con el perfil de riesgo CV del paciente individual.
3. La presencia de daño subclínico de órganos, enfermedad CV clínica, enfermedad renal o diabetes, que puede ser tratada más favorablemente por algunas drogas que por otras.
4. La presencia de otros trastornos que pueden limitar el uso de ciertas clases de drogas antihipertensivas.
5. Las posibilidades de interacciones con drogas usadas por otras co-morbilidades.
6. El costo de la droga, ya sea para el individuo o el proveedor de salud. Sin embargo, las consideraciones de costos nunca deben predominar con respecto a la eficacia, tolerabilidad, y la protección del paciente individual.

Debe prestarse atención continuamente a los efectos colaterales de las drogas, porque estos son la causa más importante del no-cumplimiento. Las drogas no son equivalentes en

términos de los efectos adversos, sobre todo en pacientes individuales. Las drogas que ejercen su efecto antihipertensivo, durante 24 horas con una sola administración diaria deben ser preferidas porque una posología sencilla favorece el cumplimiento¹⁰⁴.

Estado Nutricional

Para Black et al (2008), la nutrición a lo largo del ciclo de la vida es uno de los principales determinantes de la buena salud, del desempeño físico y mental; es fundamental para el desarrollo individual y nacional. La Unicef y OMS (2012) afirman que la malnutrición resulta de la ingesta alimenticia deficiente y/o enfermedades infecciosas conduce a la desnutrición. La desnutrición durante la infancia y la edad preescolar tiene efectos adversos en el crecimiento, en la salud y en el desarrollo cognitivo. Limita, por tanto, la capacidad del individuo para generar ingresos, lo que repercute en el desarrollo social de su comunidad y de su país.

Por otro lado, para Bouchard (2008), la malnutrición que resulta del consumo excesivo de alimentos conduce al sobrepeso o a la obesidad. La obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles: la diabetes Mellitus Tipo 2, la Hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Ambas formas de malnutrición tienen un mismo origen, se inician en la desnutrición en el útero y en los primeros años de vida. Si bien la desnutrición es provocada por la deficiente alimentación, esta se asocia con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en los años tardíos. En tanto que Freire et al., (2013) afirma que esta doble carga de la desnutrición y la obesidad aparece no solo a nivel del hogar, sino también a nivel individual..

Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional

Aunque el mayor atractivo de la antropometría en la evaluación del estado nutricional es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria, las mediciones aisladas son de limitado valor. Aunque estas medidas se obtienen con relativa

facilidad, son difíciles de evaluar en ancianos considerando que la función y problemas de salud asociados, son aún materia de debate.

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el anciano son: peso, talla, pliegues tricipital, subscapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla.

Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso Kg/ talla²m) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

Índice De Masa Corporal (IMC)

Para Maurice E et.al (2013), la antropometría fue creada por antropólogos a finales del siglo XIX, en la actualidad tiene una gran aplicación en las áreas de investigación biológica humana. La antropometría consiste en una serie de mediciones técnicas sistematizadas que expresan, cuantitativamente, las dimensiones del cuerpo humano. Es utilizada como una herramienta tradicional de la evaluación nutricional del individuo. Involucra el uso de marcas corporales de referencia cuidadosamente definidas, el posicionamiento específico de los sujetos para estas mediciones, y el uso de instrumentos apropiados. Las mediciones que pueden ser tomadas sobre un individuo, son limitadas en cantidad.

Generalmente, a las mediciones se les divide en masa (peso), longitudes y estaturas (talla), anchuras o diámetros, circunferencias o perímetros, y mediciones de los tejidos blandos (pliegues cutáneos). El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los

adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (OMS, 2015)

Circunferencia de la cintura.

La OMS sugiere hacer la medición de la circunferencia de cintura en el punto medio entre la costilla inferior y la cresta iliaca, esto con una cinta antropométrica de fibra de vidrio, y se registrara la medición en cm. La circunferencia de cintura ha sido propuesta como el mejor indicador antropométrico de la relación riesgo enfermedad cardiovascular, en México, en España y en algunas ciudades de argentina. Y los puntos de corte propuestos por la OMS para identificar obesidad abdominal son:

Tabla 3

Obesidad abdominal según la OMS

SEXO		VALORES		
				MUY
RIESGO	NORMAL	AUMENTADO	AUMENTADO	
Hombre	< 94	94-101.9		>120
Mujer	<80	88-102,9		>108

(Oria E Lafitas. Petrina E Arguelles i 2002)(Antonio, 2005)

Barreto (2004) menciona que la acumulación de grasa abdominal ha sido relacionada a alteraciones metabólicas que incluyen la resistencia a la insulina y dislipidemias, ambas predisponen riesgo cardiovascular.

Índice Cintura Cadera

Las circunferencias de cintura y de cadera se expresan como el cociente cintura/cadera.

La circunferencia de la cintura es un indicador del tejido adiposo en la cintura y en el área abdominal; la circunferencia de cadera es un indicador del tejido adiposo que está sobre los glúteos y la cadera. Por lo tanto, el cociente provee un índice de distribución de adiposidad relativa en los adultos: cuanto más alto sea el cociente, mayor será la proporción de adiposidad abdominal.

Pérez (2014) determina que la tomografía computada ha confirmado la validez de las estimaciones antropométricas de la distribución de la adiposidad en los adultos. La validez de estas circunferencias, como mediciones de la distribución de grasa en los jóvenes, no es conocida.

Tabla 4.

Clasificación de distribución de grasa.

	HOMBRE	MUJER
ANDROIDE	>1.00	>0.90
MIXTO	0.85-1.00	0.75-0.90
GINECOIDE	< 0.85	<0.75

Marco conceptual

Alimentación saludable. Es la dieta que ayuda al buen funcionamiento del organismo.

Por lo general, implica la ingesta de alimentos variados para recibir todo tipo de nutrientes.

Diversos estudios indican que las frutas y las verduras son la mejor opción para una alimentación saludable, lo cual refuerza la idea de que el ser humano es en realidad vegetariano por naturaleza.

Dieta DASH. Siglas en inglés de "Aproximación Dietética para Frenar la Hipertensión".

Es una dieta que sirve para reducir la hipertensión arterial. Es muy rica en frutas, verduras y

productos lácteos desnatados. Incluye cereales integrales, pollo, pescado y frutos secos. En cambio, restringe (no limita totalmente) el consumo de grasas, carne roja, azúcares y alcohol

Salud. La salud implica el completo bienestar físico, mental y social de un ser vivo. Esto quiere decir que un individuo puede no estar enfermo y, sin embargo, no gozar de buena salud. Lo saludable es todo aquello que contribuye a aumentar el bienestar y a conservarlo.

Elena G White. (26 de noviembre de 1827 - 16 de julio de 1915), autora cristiana estadounidense, cuyo liderazgo llevó al establecimiento de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Además de líder eclesiástica, es considerada por los adventistas profetisa para los tiempos modernos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo experimental, porque se realizó un experimento a través del programa corazón feliz, para observar los efectos que tiene este programa en la salud de los pacientes hipertensos.

Diseño de investigación

Será en diseño pre-experimental, porque existe dos mediciones una antes y una después. La primera medición se desarrollará un pre test para identificar los factores de riesgo que los pacientes están teniendo para presentar esta enfermedad, y el pos test servirá para verificar las disminuciones de riesgos cardiovasculares y la hipertensión arterial, y si existe disminución de frecuencias de consultas y frecuencia internamiento de los pacientes.

Población y muestra

La población consta de 60 pacientes hipertensos de Guachapala y Paute El muestreo es de tipo Censo porque se incluirá a la totalidad de los pacientes Hipertensos. Siendo 30 de Guachapala 30 Paute.

Criterios de inclusión

- Pacientes Hipertensos que pertenezcan al club.
- Usuarios que acepten participar voluntariamente en el presente estudios
- Usuarios que sean adultos mayores
- Usuarios que participen constantemente en el club.

Criterios de exclusión

Usuarios que no participen constantemente en el programa

Consideraciones éticas

La presente investigación tiene referente y consideraciones a los lineamientos éticos internacionales: Código de Nüremberg 1947, Declaración de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género, Informe Belmont (1978) de la Comisión Nacional para la Protección de sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO-2005, Declaración de Córdoba. Red de Bioética de la UNESCO 2008. Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health – Related Research with Human Participants OMS 2011.

Asimismo, el desarrollo del programa fue realizado en los pacientes voluntarios, considerando las normas nacionales e internacionales, para trabajar de la forma ética respetando sus derechos, sin proselitismos políticos, religiosos y de ninguna índole que pueda dañar la reputación el honor y la moral de los participantes.

Implementación del programa de intervención

Organización:

El programa Corazón feliz tuvo una duración de 8 meses, se inició el 1 de marzo del 2015, desarrollado hasta octubre del mismo, se llevó a cabo en la casa Comunal de Luntu (Paute) y el auditorio del Establecimiento de salud Guachapala.

La población objetivo estuvo conformada por 30 adultos mayores de Guachapala y 30 adultos mayores de Paute. El proyecto estaba bajo la Coordinación de la Nutricionista Dietista del Distrito 01DO6 con el apoyo de Promoción para la Salud, con la Dra. Fernanda Pesantez y las internas de Nutrición. Así mismo, se tuvo la aprobación de la Dirección del Distrito 01D06 para el apoyo correspondiente.

Se organizaron en dos grupos en los que se trabajaba el jueves de cada fin de mes con él un grupo y con el otro grupo el viernes de fin de cada mes.

Se coordinó con los EAIS (Equipos Atención primaria en salud) consto de un Médico, de un odontólogo, de una enfermera, nutricionista e internas de nutrición.

Estrategias educativas:

Se desarrollaron en este programa Talleres prácticos demostrativos, conferencias, ferias. Así mismo se coordinó con los presidentes de los Clubs, para socializar sobre el programa y como se trabajaría.

Actividades. Se elaboraron módulos de forma secuencial, se realizó un pre test en el que consistió determinar su estado Nutricional y si tienen riesgo, se les tomó la presión Arterial, para de esta manera hacer un post test y verificar la efectividad del programa.

La propuesta consiste en Programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo Cardiovascular en pacientes del Club de Hipertensos Guachapala y Pauta” es el fortalecimiento de

capacidades, implementación de talleres, monitoreando sus cambios de hábitos en temas de nutrición, alimentación, higiene y salud,

Fortalecimiento de capacidades.

El MSP a través del programa corazón feliz, se brindó a los adultos mayores del club de hipertensos la oportunidad de mejorar sus prácticas alimentarias e introduciendo nuevos conocimientos nutricionales.

Las acciones del programa corazón feliz comprende un conjunto de actividades de desarrollo de capacidades dirigidas a asegurar la participación de los adultos mayores, su familia y la población organizada en la solución del problema nutricional y de salud. Se iniciará con la etapa motivacional publicitaria por medio oral, escrito; público y privado.

Se promovió la organización y funcionamiento de Charlas Grupales y conferencias, complementándose con el desarrollo de Talleres demostrativos (dinámicas, socio dramas, preparación de alimentos, preparación de recetas saludables, etc.).

A. EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Siendo el estado nutricional del individuo un elemento esencial para el mantenimiento o recuperación de la salud, es necesaria la evaluación del estado nutricional del paciente que acude al consultorio, para esto se utiliza la antropometría como técnica de evaluación. Una vez evaluados se utiliza el formulario de nutrición para adultos y adultos mayores en el que se determina el IMC, peso ideal, peso ajustado, diagnóstico, Requerimiento energético total, distribución de macro-nutrientes, tabla de intercambio, tipo de dieta, fracción de la dieta y recomendaciones nutricionales.

B. CONSEJERIA NUTRICIONAL

Luego de haber realizado la evaluación del estado nutricional a los pacientes que acudían al consultorio de nutrición, se llevó a cabo la consejería nutricional con cada paciente, sugiriendo

medidas terapéuticas de alimentación para tratar los problemas de salud de acuerdo con cada etapa de la vida y tomando en cuenta la patología de base.

C. CAPACITACION AL EQUIPO DE SALUD

El equipo de salud es un grupo multifuncional, por ese motivo es de suma importancia la capacitación en temas de nutrición al personal de salud, que laboran en las unidades operativas.

D. TALLERES GRUPALES

Los talleres grupales son una alternativa de educación a través del cual se empodera a las personas para que adopten voluntariamente hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, respetuosos con sus costumbres alimentarias locales y con el medio ambiente, favoreciendo así la diversidad de la dieta y la buena nutrición de la población.

E. VISITAS DOMICILIARIAS

Las visitas domiciliarias de atención en nutrición, son necesarias para atender de forma individualizada y observar el medio donde vive la población; de esta manera, se logra ampliar la cobertura y atender en forma directa los problemas alimentarios de la población adultos y adultos mayores.

F. FERIAS DE SALUD

Las ferias de salud son un método educativo significativo, que impacta a la población y los ayuda a tomar decisiones saludables, en el cantón Sevilla de Oro y en el cantón Paute se realizaron en total siete ferias de salud, en la que se abordaron diferentes temas de nutrición a diferentes grupos etarios.

G. ELABORACION MATERIAL EDUCATIVO

Los materiales educativos son instrumentos de apoyo, herramientas y ayudas didácticas que nos ayudan a acercar a las personas al conocimiento y a la construcción de los conceptos para facilitar de esta manera el aprendizaje: Tríptico “Recetario de Soya”.

- Tríptico “Alimentación en la Hipertensión” “Actividad Física” “Agua” “Soya” “Estrés”

- Material Lúdico “Arcoíris de Salud” (Elaborado con fieltro de 1m x 50cm)
- Banner “Beneficios de la soya”
- Banner de higiene y manipulación de alimentos

A la vez, se llevará a cabo una Feria Distrital Nutricional en el estadio de Paute, con la participación de diversas instituciones y actores sociales a fines con el tema y la otra feria se realizó en el centro de Guachapala.

Número de Participantes del proyecto.

En esta actividad se ha programado capacitar al 100% de la población que pertenece al club de hipertensos.

Tópico de los Talleres:

A. El tiempo de Duración del Proyecto es de 6 meses:

- 1 mes es el diagnóstico y concientización
- 8 Temas (01 tema por Taller)
- 8 Temas en 8 meses de operatividad;
- 08 temas en Conferencia Magistral
- 01 mes de Publicidad para el Proyecto
- 01 semana de Implementación del Proyecto
- 01 semana de Informe Final del Proyecto

B. Temas del Seminarios- Taller

Temas:

- Sensibilización sobre HTA, obesidad y consecuencias
- Taller de hábitos alimentarios saludables.
- Taller de la elaboración de la dieta DASH.
- Sección educativa agua vs bebidas gaseosas
- Taller educativo de actividad física y ejercicio
- Sección educativa sobre higiene y manipulación de alimentos.
- Sección educativa cansado de estar cansado
- Casa abierta “corazón feliz “

C. Tiempo y Formato del Programa:

Bienvenida y Socialización	:	10 minutos
Tema oral- expositivo	:	30 minutos
Resolución de Preguntas	:	05 minutos
Video	:	05 minutos
Taller	:	10 minutos
Dinámica	:	10 minutos
Cierre	:	05 minutos
TOTAL	:	75 minutos hrs.

Programa de Asistencia Técnica

La asistencia técnica incidirá en la implementación de buenas prácticas de hábitos de alimentación esto contribuirá a mejorar la calidad nutricional y alimentaria de los adultos mayores.

Para garantizar una aplicación exitosa, el seguimiento debe consistir en visitas domiciliarias mensualmente (en los cinco días de la semana) un Club que se reunirá mensualmente.

Etapas del Diseño Metodológico

VARIABLES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	EVALUACION	MATERIALES
(Pre-test) DIAGNOSTICO	Identificar el estado Nutricional Determinar el Riesgo Metabólico Identificar los niveles de presión	1 sesión	En una sala adecuada se realizaran las toma de medidas antropométricas ,y la presión arterial tomando en cuenta las técnicas Antropométricas y las medidas de presión	Peso(Kg)/Talla(m) 2) Circunferencia Cintura/Circunferencia .Cadera (cm) Presión Arterial sistólica y diastólica Valores de referencia dados por el OMS	Tallimetro Balanza Cinta Antropométrica Tensiómetro Fonendoscopio Manuales de referencia
Programa “CORAZON	Concientizar a los adultos mayores sobre la HTA y sus consecuencias	1 sección	Educación interpersonal grupal(Conferencia) Testimonio	El ahorcado	Infocus Computadora Hoja informativa
	Enseñar la importancia de llevar un estilo de vida saludable.	1 sección	Educación interpersonal grupal(Conferencia)	Prueba escrita	Infocus Computadora Hoja informativa

FELIZ” EN EL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSIVOS	Instruir sobre la Higiene y manipulación de Alimentos	1 sección	Utilización de TIC"S(Video de MSP)	Un juego de cuanto sabe	Infocus Computadora Hoja informativa
	Elaborar Dieta DASH	1 sección	Educación interpersonal grupal(taller demostrativo)	Elaboración de un plato	Alimentos Utensilios Mesas Equipos de cocina
	Inculcar el consumo adecuado de Agua.	1 sección	Educación interpersonal grupal(Conferencia)	Sección preguntas	Infocus Computadora Trípticos
	Concienciar la práctica regular del ejercicio físico	1 sección	Clase práctica de Educación Física	Ejecución completa de una rutina de ejercicios	Lic. Educación Física 1 pito 1 grabadora balones colchonetas
	Enseñar la importancia de descansar las horas adecuadas	1 sección	Educación interpersonal grupal(taller demostrativo)	Elaboración y exposición de un collage	Infocus Computadora Cama Cobijas Almohada Díptico
	Implementar una casa abierta	1 sección	Stand de acuerdo a los temas tratados durante todo el programa	Asistencia de los participantes	Amplificación carpas mesas sillas alimentos material de

					oficina Aparatos
Evaluación (Post-test)	Identificar el estado Nutricional Determinar el Riesgo Metabólico Identificar los niveles de presión	1 sesión	En una sala adecuada se realizaran las toma de medidas antropométricas ,y la presión arterial tomando en cuenta las Técnicas Antropométricas y las medidas de presión	Peso(Kg)/Talla(m 2) Circunferencia .Cintura /Circunferencia Cadera (cm) Presión Arterial sistólica y diastólica Valores de referencia dados por el OMS	Tallimetro Balanza Cinta Antropométrica Tensiómetro Fonendoscopio Manuales de referencia

Definición y operacionalización de variables

Variable independiente

Programa Corazón feliz. La primera variable abarca la educación alimentaria nutricional, actividad física, adquisición, monitoreo, soporte de nuevos hábitos saludables, visitas domiciliarias con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIZ), consulta externa con el fin de hacer un trabajo integral individualizado.

Variable dependiente

Riesgo Cardiovascular: tiene tres dimensiones: Presión arterial, Índice de Masa Corporal Circunferencia cintura cadera.

Tabla 5.

Matriz de Operacionalización de Variables

MATRIZ DE OPERALIZACION DE VARIABLES												
TITULO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION INSTRUMENTAL	VALORACIÓN			DEFINICION OPERACIONAL				
EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “CORAZON FELIZ” EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS EN EL CANTÓN GUACHAPALA, PAUTE, 2015.	Variable 1 Programa Corazón feliz. Variable 2 Riesgo Cardiovascular	ESTADO NUTRICIONAL	IMC	Peso(Kg) Talla (m2)	Adelgazamiento Bajo Peso Normal Sobrepeso Obesidad		< 20.99 21 a 22.99 23a 27.99 28-31.99 >32	El IMC o Índice de Masa Corporal, es un valor o parámetro que establece la condición física saludable de una persona en relación a su peso y estatura.				
								CIRCUNFERENCIA CINTURA	Circunferencia de la cintura (cm)	SEXO VALORES		
		RIESGO	NORMA L	AUMENTADO	MUY AUMENTADO							
						Hombre	< 94			94-101.9	>120	
						Mujer	<80			88-102,9	>108	
		INDICE CINTURA CADERA ICC	Circunferencia de la cintura (cm) Circunferencia de la Cadera (Cm)	HOMBRE		MUJER	La circunferencia de la cintura es un indicador del tejido adiposo en la cintura y en el					
				ANDROIDE	>1.00			>0.90				
				MIXTO	0.85-1.00			0.75-0.90				

								área abdominal; la circunferencia de cadera es un indicador del tejido adiposo que está sobre los glúteos y la cadera.
					GINECOIDE	< 0.85	<0.75	
		PRESION ARTERIAL	Presión Arterial	Presión en (mmHg)	TENSION ARTERIAL	TAS	TAD	<i>Presión arterial.</i> Es el valor en mmHg que se alcanza cuando la tensión de la pared arterial llega a la cima de la onda sistólica.-
					OPTIMA	<120	<80	
					NORMAL	>130	<85	
					NORMAL ELEVADA	130-139	85-89	
					ESTADIO 1	140-159	90-99	
					ESTADIO2	160-179	100-109	
					ESTADIO 3	< 180	>110	
		FRECUENCIA DE CONSULTA	Frecuencia de consulta	Nº de tensiones que acude al centro de salud durante el programa	Nº CONSULTAS			Frecuencia de Consulta - Es el número de veces que el usuario acude al establecimiento de salud.
					NORMAL	1		
					RIESGOSO	>2	a	
					COMPLICADO	>4		
		FRECUENCIA DE INTERNAMIENT O	Frecuencia de Internamiento	Nº de veces internados en el hospital durante el programa	Nº INTERNAMIENT OS			Frecuencia de Internamiento .-Es el número de internamientos que recibe el usuario dentro del hospital
					NORMAL	0		
					RIESGOSO	>1		
					COMPLICADO	>2		

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Elaboración del instrumento

La Historia Clínica es un documento fue aprobado en el año 2006, que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible, para el cuidado actual o futuro, requiere un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal. Para esta investigación se utilizará el formulario básico rediseñado.

Los datos serán tomados de la Historia Clínica ya que ahí se anotan los datos del paciente de forma mensual (Ver Apéndice C).

Segundo instrumento: Es una matriz donde se pasarán los datos de la Historia clínica con el fin de tener identificados a los participantes del programa y observando los cambios que se desarrollan durante el transcurso de la ejecución del programa (Ver Apéndice B).

Validación del instrumento

EL Ministerio de Salud Pública del Ecuador cuenta con un instrumento oficial aprobado mediante Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de octubre de 2006, Acuerdo Ministerial N° 0000620 del 12 de enero de 2007, Acuerdo Ministerial N° 0000116 del 16 de marzo de 2007 considerando que el Artículo 42 de la Carta Magna, dispone: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad calidad y eficiencia” (No. 0000620).

En ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 176 y 179 de la constitución política de la república y 17 del estatuto del régimen jurídico y administrativo de la función ejecutiva: acuerda Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

Confiabilidad

Tabla 6.

Nivel de confiabilidad del instrumento: Riesgo cardiovascular

Confiabilidad del instrumento		Riesgo cardiovascular	
		N	%
Casos	Válidos	52	100.0
	Excluidos(a)	0	0
	Total	52	100.0
	Nº de elementos	24	100.0
Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach		0.783	

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0. 783, permite decir que el instrumento empleado en la prueba piloto para medir el riesgo cardiovascular es alto. A la misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem por el mismo procedimiento.

Tabla 7.

Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
PESO_PreT	898,2305	4330,369	,589	,755
PESO_PosT	901,5555	4374,464	,620	,753
Talla_PreT	960,0734	5360,166	,250	,785
Talla_PosT	960,0734	5360,166	,250	,785
IMC_PreT	933,3222	4809,734	,591	,763
IMC_PosT	934,3205	4978,126	,589	,769
C.CINTURA_PreT	866,6248	4372,570	,767	,745
C.CINTURA_PosT	869,7978	4523,428	,740	,751
C.CADERA_PreT	864,2978	4492,395	,696	,751
C.CADERA_PosT	867,4998	4586,482	,685	,754
I.CINT.CADERA_PreT	960,5816	5361,076	,370	,785
I.CINT.CADERA_PosT	960,5815	5361,874	,165	,785
TAS_PreT	839,3459	4676,866	,170	,811
TAS_PosT	843,5767	4740,771	,152	,811

TAD_PreT	889,8651	4750,865	,379	,773
TAD_PosT	891,4036	4688,601	,455	,767
GéneroPreT	959,7113	5362,513	,001	,785
GéneroPosT	959,7113	5362,513	,001	,785
Presión arterial sistólica	959,2690	5295,390	,354	,782
Presión arterial sistólica	959,5190	5313,004	,283	,783
Presión arterial diastólica	960,0575	5307,841	,436	,782
Presión arterial diastólica	960,1536	5318,748	,384	,783
IMC	957,9613	5295,840	,429	,782
IMC	958,2882	5292,719	,478	,782

En esta tabla de validez ítem por ítem en relación con el nivel de coeficiente alfa, se observa que ninguno de los ítems genera una correlación negativa, significa que están midiendo lo mismo que el instrumento. Por lo cual no es necesario eliminar ninguno de ellos por ser útiles al instrumento.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Descripción de los resultados

En la tabla 8, la media o promedio del IMC en el pre test es 28.754 puntos, mientras que en el pos test disminuye a 28.531. Lo mismo sucede con la mediana, la cual en el pre test es 28.600 puntos, mientras que en el pos test disminuye a 28.500. Por otro lado, la Desviación Estándar indica que el IMC de los participantes presenta un agrupamiento compacto en el pre test de 4.8409 puntos. Sin embargo, es más compacto en el pos test de 4.3687.

Tabla 8
Índice de Masa Corporal - IMC

		IMC_PreT	IMC_PosT
N	Válido	52	52
	Perdidos	0	0
Media		28.754	28.531
Mediana		28.600	28.500
Moda		24,9 ^a	29.3
Desviación estándar		4.8409	4.3687
Asimetría		.517	.970
Error estándar de asimetría		.330	.330
Curtosis		.474	1.326
Error estándar de curtosis		.650	.650
Rango		22.6	22.1
Mínimo		19.5	20.0
Máximo		42.1	42.1

En la tabla ‘9, la media o promedio Circunferencia a la cintura en el pre test es 94.9327 puntos, mientras que en el pos test disminuye a 93.8596. Lo mismo sucede con la mediana, la cual en el pre test es 96.0000 puntos, mientras que en el pos test disminuye a 94.8500. Por otro lado, la Desviación Estándar indica que Circunferencia a la cintura de los participantes presenta un agrupamiento compacto en el pre test de 8.97056 puntos. Sin embargo, es más compacto en el pos test de 8.41621.

Tabla 9
Circunferencia a la cintura

		C.CINTURA_PreT	C.CINTURA_PosT
N	Válido	52	52
	Perdidos	0	0
Media		94.9327	93.8596
Mediana		96.0000	94.8500
Moda		96,00 ^a	94,00 ^a
Desviación estándar		8.97056	8.41621
Asimetría		-.621	-.308
Error estándar de asimetría		.330	.330
Curtosis		.963	1.206
Error estándar de curtosis		.650	.650
Rango		47.00	48.00
Mínimo		69.00	68.00
Máximo		116.00	116.00

En la tabla 10, la media o promedio **Índice cintura cadera** en el pre test es .9756 puntos, mientras que en el pos test disminuye a .9738. Lo mismo sucede con la mediana, la cual en el pre test es .9800 puntos, mientras que en el pos test se mantiene en .9800. Por

otro lado, la Desviación Estándar, indica que **Índice cintura cadera** de los participantes presenta un agrupamiento compacto en el pre test de .02986 puntos. Sin embargo, es más compacto en el pos test de .03011.

Tabla 10

Índice cintura cadera

		C.CADERA_PreT	C.CADERA_PosT
N	Válido	52	52
	Perdidos	0	0
Media		.9756	.9738
Mediana		.9800	.9800
Moda		.98	.98
Desviación estándar		.02986	.03011
Asimetría		-.044	-.256
Error estándar de asimetría		.330	.330
Curtosis		3.686	1.904
Error estándar de curtosis		.650	.650
Rango		.20	.17
Mínimo		.88	.89
Máximo		1.08	1.06

En la tabla 11, la media o promedio **Presión arterial sistólica** en el pre test es 122.21 puntos. Mientras que en el pos test disminuye a 117.98. Lo mismo sucede con la mediana, la cual en el pre test es 120.00 puntos, mientras que en el pos test se mantiene en 120.00. Por otro lado, la Desviación Estándar, indica que **Presión arterial sistólica** de los participantes presenta un agrupamiento compacto en el pre test de 17.018 puntos. Sin embargo, es más compacto en el pos test de 16.576.

Tabla 11

Presión arterial sistólica

		TAS_PreT	TAS_PosT
N	Válido	52	52
	Perdidos	0	0
Media		122.21	117.98
Mediana		120.00	120.00
Moda		110	110
Desviación estándar		17.018	16.576
Asimetría		.461	.310
Error estándar de asimetría		.330	.330
Curtosis		.213	.834
Error estándar de curtosis		.650	.650
Rango		80	90
Mínimo		90	80
Máximo		170	170

En la tabla 12, la media o promedio **Presión arterial diastólica** en el pre test es 73.52 puntos. Mientras que en el pos test disminuye a 70.15. Lo mismo sucede con la mediana, la cual en el pre test es 70.00 puntos. Mientras que en el pos test se mantiene en 70.00. Por otro lado, la Desviación Estándar, indica que **Presión arterial diastólica** de los participantes presenta un agrupamiento compacto en el pre test de 11.509 puntos. Sin embargo, es más compacto en el pos test de 9.396.

Tabla 12

Presión arterial diastólica

		TAD_PreT	TAD_PosT
N	Válido	52	52
	Perdidos	0	0
Media		73.52	70.15
Mediana		70.00	70.00
Moda		70	70
Desviación estándar		11.509	9.396
Asimetría		.183	.121
Error estándar de asimetría		.330	.330
Curtosis		-.290	-.224
Error estándar de curtosis		.650	.650
Rango		50	40
Mínimo		50	50
Máximo		100	90

En la tabla 13, el 38.5% de los participantes tenía sobrepeso antes del tratamiento. Mientras que después del tratamiento bajaron a 21.2%. Igualmente, antes del pretest 19.2% tenían obesidad antes del programa y después del programa bajaron 13.5%.

Tabla 13

Índice de Masa Corporal - IMC pre y post test

	Pre test			Pos test		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adelgazamiento	3	5.8	5.8	2	3.8	3.8
Bajo peso	3	5.8	11.5	7	13.5	17.3
Normal	16	30.8	42.3	25	48.1	65.4
Sobrepeso	20	38.5	80.8	11	21.2	86.5
Obesidad	10	19.2	100.0	7	13.5	100.0
Total	52	100.0		52	100.0	

En la tabla 14, tanto varones como mujeres bajaron de peso después del programa: 75% de varones en el pretest bajaron a 62.5% en el posttest y las mujeres 43.2% en sobrepeso y 25% después del posttest; Así mismo se refleja que las mujeres que tenían obesidad en 22.7% en el pretest bajaron a 15.9% en el posttest

Tabla 14

Índice de Masa Corporal- IMC pre y post test según género

		IMC		IMC	
Género		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Varones	Bajo peso	1	12.5	3	37.5
	Normal	6	75.0	5	62.5
	Sobrepeso	1	12.5	0	0
	Total	8	100.0	8	100.0
Mujeres	Adelgazamiento	3	6.8	2	4.5
	Bajo peso	2	4.5	4	9.1
	Normal	10	22.7	20	45.5
	Sobrepeso	19	43.2	11	25.0
	Obesidad	10	22.7	7	15.9
	Total	44	100.0	44	100.0

En la tabla 15, el 13 (50%) participantes de Paute, antes del tratamiento tenían Índice de Masa Corporal, en el nivel Sobrepeso quienes en el Pos test bajaron un 5 (19.2%) igualmente, en Obesidad antes del pre test se hallaron un 6 (23.1%) a diferencia del Pos test bajaron a un 4 (15.4%). En contraste, en Guachapala se halla en el pre test 7 (26.9%) en sobrepeso y después del pos test 6 (23.1%), de la misma forma en obesidad en el pre test se halló 4 (15.4%) a diferencia del pos test bajaron a 3 (11.5%).

Tabla 15

Índice de Masa Corporal- IMC pre y post test según Cantones

		IMC		IMC	
Encuestado		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Paute	Adelgazamiento	1	3.8	1	3.8
	Bajo peso	1	3.8	2	7.7
	Normal	5	19.2	14	53.8
	Sobrepeso	13	50.0	5	19.2
	Obesidad	6	23.1	4	15.4
	Total	26	100.0	26	100.0
Guachapala	Adelgazamiento	2	7.7	1	3.8
	Bajo peso	2	7.7	5	19.2
	Normal	11	42.3	11	42.3
	Sobrepeso	7	26.9	6	23.1
	Obesidad	4	15.4	3	11.5
	Total	26	100.0	26	100.0

En la tabla 16, el 42 (80.8%) de los participantes en el pre test se ubican en el nivel aumentado de cintura siendo el mismo 42 (80.8%) en el pos test.

Tabla 16

Niveles de Circunferencia de la cintura pre y post

	Circunferencia de la cintura PreT		Circunferencia de la cintura PostT	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy aumentado	3	5.8	2	3.8
Aumentado	42	80.8	42	80.8
Normal	7	13.5	8	15.4
Total	52	100.0	52	100.0

En la tabla 17, el 6 (75%) en el pre test se presenta aumentado la circunferencia de cintura considerando este margen aumento al 8 (100%) que implica que los varones de CC en el nivel normal disminuyeron más los de Muy aumentado bajaron manteniéndose el total en nivel aumentado en el caso de los varones. En caso de las damas en el pre test se hallaron 33 (81.8%) en el nivel aumentado y bajaron a un 34(77.3%) y en el nivel normal aumentaron de 6 (13.6%) a 8 (18.2%).

Tabla 17

Niveles de Circunferencia de la cintura pre y post según género

		Circunferencia de la cintura PreT		Circunferencia de la cintura PosT	
Género		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Varones	Muy aumentado	1	12.5	0	0
	Aumentado	6	75.0	8	100.0
	Normal	1	12.5	0	0
	Total	8	100.0	0	0
Mujeres	Muy aumentado	2	4.5	2	4.5
	Aumentado	36	81.8	34	77.3
	Normal	6	13.6	8	18.2
	Total	44	100.0	44	100.0

En la tabla 18, el 3 (11.5%) en el pre test se presenta aumentado la circunferencia de cintura en un nivel normal habiendo a un método los niveles de normalidad en un 4 (15.4%) según el Cantón de Paute. En contraste en el Cantón de Guachapala se presentó participantes de nivel aumentado en 20 (76.95) en el pre test y luego en el pos test se incrementó a 21 (80.8%).

Tabla 18

Niveles de Circunferencia de la cintura pre y post test según Cantones

		PreT		PosT	
Encuestado		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Paute	Aumentado	22	84.6	21	80.8
	Muy aumentado	1	3.8	1	3.8
	Normal	3	11.5	4	15.4
	Total	26	100.0	26	100.0
Guachapala	Aumentado	20	76.9	21	80.8
	Muy aumentado	2	7.7	1	3.8
	Normal	4	15.4	4	15.4
	Total	26	100.0	26	100.0

Tanto en la tabla 19, el 84.6% de los participantes tenía una distribución de grasa Androide en el pre test y post no habiendo diferencia relevante.

Tabla 19

Distribución de grasa pre y post test

	Pre test			Pos test		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mixto	8	15.4	15.4	8	15.4	15.4
Androide	44	84.6	100.0	44	84.6	100.0
Total	52	100.0		52	100.0	

Tanto en la tabla 20, el 6 (75%) participantes del género masculino, antes del tratamiento tenían **Distribución de la Grasa tipo Mixto**. Los mismos que después del tratamiento se mantuvieron en 6 (75%) participantes. Luego, 42 (95,5%) de los participantes del género femenino, antes del tratamiento tenían **Distribución de la Grasa tipo Androide**. Los mismos que después del tratamiento se mantuvieron en 42 (95,5%) en el tipo de distribución.

Tabla 20

Distribución de grasa pre y post test según género

		Índice cintura cadera		Índice cintura cadera	
Género		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Varones	Mixto	6	75.0	6	75.0
	Androide	2	25.0	2	25.0
	Total	8	100.0	8	100.0
Mujeres	Mixto	2	4.5	2	4.5
	Androide	42	95.5	42	95.5
	Total	44	100.0	44	100.0

En la tabla 21, el 25 (96.2%) participantes de Paute, antes del tratamiento tenían **una distribución de Grasa tipo Mixto** a diferencia después del pos test se hallaron en un 24 (92.3%) tipo Androide. Mientras tanto en Guachapala en el pre test se halló en 19 (73.1%) en tipo Androide mientras que el post test subieron 20(76.9%)

Tabla 21

Distribución de grasa, pre y post test según Cantones

		Índice cintura cadera		Índice cintura cadera	
Encuestado		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Paute	Mixto	1	3.8	2	7.7
	Androide	25	96.2	24	92.3
	Total	26	100.0	26	100.0
Guachapala	Mixto	7	26.9	6	23.1
	Androide	19	73.1	20	76.9
	Total	26	100.0	26	100.0

En la tabla 22, el Pre test el 19.2% se halla en presión alta en estadio 1 bajando a 7 (13.5%) en el pos test. Igualmente, en el pos test aumentaron los de nivel óptimo de presión de 63.5% a 35 (67.3%) en nivel óptimo de presión.

Tabla 22

Diagnóstico Presión arterial pre y pos test

	Diagnóstico_TA_PreT		Diagnóstico_TA_PosT	
	n	%	n	%
Estadio 2	2	3.8	1	1.9
Estadio 1	10	19.2	7	13.5
Normal Alta	3	5.8	9	17.3
Normal	4	7.7	0	0
Optima	33	63.5	35	67.3
Total	52	100.0	52	100.0

En la tabla 23, el 37.5% de los participantes del género masculino, antes del tratamiento tenían una Tensión arterial óptima, los mismos después del tratamiento subieron al 50%. Por otro lado, el 62.5% de los participantes antes del tratamiento presentaban una Tensión arterial en el estadio 1, Los mismos que después del tratamiento disminuyeron al 50%.

Luego, el 68.2% de los participantes del género femenino, antes del tratamiento tenían una Tensión arterial óptima, los mismos después del tratamiento subieron al 70.5%. Por otro lado, el 11.4% de los participantes antes del tratamiento presentaban una Tensión arterial en el estadio 1, los mismos después del tratamiento disminuyeron al 6.8%.

Tabla 23

Diagnóstico según género de la presión arterial pre y pos test

Diagnóstico_TA_PreT				Diagnóstico_TA_PosT	
Género		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Estadio 1	5	62.5	4	50.0
	Optima	3	37.5	4	50.0
	Total	8	100.0	8	100.0
Femenino	Estadio 2	2	4.5	1	2.3
	Estadio 1	5	11.4	3	6.8
	Normal Alta	3	6.8	9	20.5
	Normal	4	9.1	0	0.0
	Optima	30	68.2	31	70.5
	Total	44	100.0	44	100.0

En la tabla 24, el 61.5% de los participantes del cantón Paute, tenían una Tensión arterial óptima antes del tratamiento, los mismos después del tratamiento subieron al 73.1%. Por otro lado, el 19.2% de los participantes del cantón Paute, presentaban una Tensión arterial en el estadio 1 antes del tratamiento, los mismos después del tratamiento disminuyeron al 7.7%.

El 65.4% de los participantes del género femenino, antes del tratamiento, tenía una Tensión arterial óptima, los mismos después del tratamiento disminuyeron al 61.5%. Por otro lado, el 19.2% de los participantes del cantón Paute, presentaba una Tensión arterial en el estadio 1 antes del tratamiento, los mismos después del tratamiento se mantienen en 19.2%.

Tabla 24

Diagnóstico Presión arterial pre y post test según los Cantones

		Diagnóstico_TA_PreT		Diagnóstico_TA_Post	
Cantones		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Paute	Estadio 2	1	3.8	1	3.8
	Estadio 1	5	19.2	2	7.7
	Normal Alta	3	11.5	4	15.4
	Normal	1	3.8	0	0
	Optima	16	61.5	19	73.1
	Total	26	100.0	26	100.0
Guachapala	Estadio 2	1	3.8	0	0.0
	Estadio 1	5	19.2	5	19.2
	Normal	3	11.5	5	19.2
	Optima	17	65.4	16	61.5
	Total	26	100.0	26	100.0

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H0. El Programa “Corazón Feliz” no es efectivo, para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

H1. El Programa “Corazón Feliz” es efectivo, para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 25, se observa que el programa “Corazón Feliz” es efectivo para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos al IMC ($p=,000 < \alpha=,05$), Circunferencia de la cintura ($p=,000 < \alpha=,05$), Circunferencia de la cadera ($p=,038 < \alpha=,05$); y la presión arterial en el pre test con una significancia de 0,012 mejorando su

significancia en el pos test a ($p=,004 < \alpha=,05$). Luego, habiendo evidencia suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que El Programa “Corazón Feliz” es efectivo, para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Tabla 25

Efectividad del Programa “Corazón Feliz” en la reducción del riesgo cardiovascular

	Estadísticos de prueba ^a				
	IMC_PosT	C.CINTURA_PosT	I.CINT.CADERA_PosT	TA_PosT	TAD_PosT
	IMC_PreT	C.CINTURA_PreT	I.CINT.CADERA_PreT	TA_PreT	TAD_PreT
Z	-4,611 ^b	-4,694 ^b	-,526 ^b	-1,533 ^b	-2,829 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	,038	,012	0.004

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Hipótesis específica 1

H0. El Programa “Corazón Feliz” no es efectivo, para el control del estado nutricional en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

H1. El Programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el control del estado nutricional en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

Tanto en la tabla 26, se observa que el programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el control del estado nutricional en pacientes del club de hipertensos donde el IMC ($p=,000$

$< \alpha=,05$). Luego, habiendo evidencia suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que El Programa “Corazón Feliz” es efectivo, para en el control del estado nutricional en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Tabla 26

Efectividad del Programa “Corazón Feliz” en el control del estado nutricional

	Estadísticos de prueba ^a
	IMC_PosT - IMC_PreT
Z	-4,611 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Hipótesis específica 2

H0: El programa “Corazón Feliz” No es efectivo, para el control de la presión arterial en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

H4: El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el control de la presión arterial en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

Tanto en la tabla 27, se observa que el programa “Corazón Feliz” es efectivo en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en cuanto a la

presión arterial sistólica ($p=,012 > \alpha=,05$); pero no sobre la presión arterial diastólica ($p=,004 > \alpha=,05$). Luego, habiendo evidencia suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el control de la presión arterial en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.

Tabla 27

Efectividad del Programa “Corazón Feliz” en el control de la presión arterial

	Estadísticos de prueba ^a	
	TA_PreT	TA_PosT -
Z	-1,533 ^b	-2,829 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,012	0.004

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Discusión de resultados

El objetivo de la presente investigación fue determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, Ecuador, 2015. Hallándose una efectividad significativa del programa “corazón feliz” sobre el riesgo cardiovascular de los pacientes del club hipertensos; es decir, los pacientes mejoraron significativamente sus niveles de Índice de Masa Corporal, Circunferencia de Cintura, Índice Cintura Cadera y Presión arterial de los pacientes del club de hipertensos tanto de Paute como de Guachapala. Esto se refrenda con los análisis descriptivos, se puede verificar que en los valores antropométricos mejoraron significativamente después del programa de intervención. Como lo corrobora Aguas (

2011), que los factores de presión arterial, estado nutricional, mantienen la prevalencia de la HTA se presenta tanto en hombres como en las mujeres y su incidencia aumenta conforme aumenta la edad (>61 años), por lo que la edad es un factor de riesgo importante en el riesgo de presentar esta patología.

Observándose en los resultados descriptivos se dieron cambios relevantes en cuanto a la disminución del peso después de aplicado el programa; considerando que fueron más las mujeres que bajaron de peso de (43.2%) a (25%), mientras que los varones de 12.5% a 0%. Por otro lado, verificando las diferencias del IMC por cantones se visualiza que Paute bajo de 50% de sobrepeso a 19.2% en cambio Guachapala tan solo bajaron de sobrepeso de 26.9 % a 23.1%.

Por otro lado, en relación con el Síndrome metabólico se puede verificar mediante la medida de circunferencia de cintura que no se dieron cambios significativos de manera global en todos los pacientes; un aspecto que se puede corroborar con la medida Cintura Cadera (distribución de grasa) que tampoco se visualiza un efectivo contundente.

Sin embargo, por género se puede observar que en los varones la CC los varones aumentaron en vez de bajar a diferencias de las mujeres que si mejoraron en el nivel normal de 13.6% a 18.2%. Cambios pocos significativos que lo reflejan los datos de distribución de grasa que no evidencian ninguna diferencia. Como bien lo resalta Naranjo A. (2011, en Sandra, 2012), que la Hipertensión Arterial es más frecuente en las mujeres, en fumadores, en personas sedentarias, en personas en un pobre consumo de frutas y verduras, y en personas con sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, al observar las diferencias por Cantones vemos que en Paute se dieron mejores cambios en el CC que en Guachapala un aspecto que evidencia las

costumbres nutricionales, influyen en su estado nutricional condicionados por su nivel de conocimiento al respecto. Un aspecto que se suscitan también en los datos de distribución de grasa corporal que no se reflejan diferencias significativas. Como referencia Alvarez (2014) que la población adulta mayor, es de sexo femenino de raza mestiza, con grado de instrucción primaria completa. Tienen un conocimiento medio de los valores de la presión arterial en un 80%; por otro lado, el 6,6 % poseen un nivel conocimiento bajo.

En la medida de la presión de los pacientes del club de hipertensos, se evidenció el estudio mejorías significativas en su mejoría, considerando que los casos de presión alta de estadio 1 (19.2%) bajaron a 13.5%, aumentando la cantidad de los niveles óptimos de presión arterial de los participantes. A diferencia en género se dieron mejorías en todos los niveles de presión arterial más en las damas que en los varones (aunque este último también tenga cambios significativos)

Del mismo modo, cabe resaltar que en los cantones en Paute se verificaron mejores cambios en sus niveles de presión que en Guachapala un aspecto que corrobora lo referido: las costumbres alimentarias puedan estar influyendo en que Guachapala no presente cambios más efectivos; o sumados a este los que hace referencia Naranjo A. (2011) (Citado en Sandra, 2012), que hay factores asociados a la HTA como antecedentes familiares, estilos de vida, hábitos nutricionales y se asocia con patologías: diabetes, insuficiencia renal crónica y a complicaciones cardiovasculares y neurológicas .

Finalmente se puede concluir que existen muchos más factores asociados a la hipertensión que podrían influir en los adultos mayores estudiados como conocimientos, actitudes y prácticas como bien lo explica Canal, (2012), que concluyó que los conocimientos y actitudes tienen una relación positiva con las practicas sobre prevención de la ECV para el cuidado y promoción de la salud comunitaria. Así como lo complementan

Páez y Rodríguez (2013), quienes refieren que un elevado porcentaje de familiares hipertensos de primer orden se identificaron con factores de riesgo de la HTA: la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo exagerado de sal suman el riesgo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Primera conclusión. El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos al IMC ($p=,000 < \alpha=,05$), Circunferencia de la cintura ($p=,000 < \alpha=,05$), en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015, Circunferencia de la cadera ($p=,038 < \alpha=,05$; y la presión arterial en el pre test con una significancia de 0,012 mejorando su significancia en el pos test a ($p=,004 < \alpha=,05$),

Segunda conclusión. El programa “Corazón Feliz” es efectivo para el control del estado nutricional en pacientes del club de hipertensos donde el IMC ($p=,000 < \alpha=,05$),

Tercera conclusión. El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en cuanto a la presión arterial sistólica ($p=,012 > \alpha=,05$); pero no sobre la presión arterial diastólica ($p=,004 > \alpha=,05$).

Recomendaciones

Después de la intervención del presente estudio se presenta las siguientes recomendaciones.

1. Es importante continuar el programa de intervención con las enseñanzas de alimentación saludable, esta experiencia será de mucha ayuda para los pacientes del club de hipertensos, buscando constantemente el asesoramiento de otros profesionales de salud y nutrición.
2. Es importante también promover el intercambio de experiencias exitosas de entre los equipos de intervención de cada cantón que retroalimente los resultados y se considere y debata las variables influyentes que estén impidiendo cambios más contundentes
3. Motivar la preparación alimentos saludables, facilitando recetas saludables que ayudarían a mejorar los hábitos alimentarios de cada zona.
4. Para la búsqueda de la sostenibilidad es fundamental el fortalecimiento de los equipos de intervención del Ministerio de Salud Pública.
5. Se sugiere agregar un programa de cambio conductual, con el propósito de darle mayor efectividad de los resultados.
6. Se sugiere replicar el programa en otros cantones y con mayor muestra, con el propósito de verificar la efectividad del programa con mejores márgenes de resultados

7. Se recomienda remitir los resultados a los administradores del Ministerio de Salud, con el propósito de repotenciar las estrategias, políticas y lineamientos que elevan la calidad al programa del club de hipertensos.

REFERENCIAS

- Aguas, N (2011). Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afro ecuatoriana de la comunidad la Loma, cantón Mira, Universidad técnica del norte. Disponible
[http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/tesis completa](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/tesis_completa).
- Álvarez, E. (2014). Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, Lima, 2014. Universidad Mayor de San Marcos. Disponible en
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/álvarez_re.pdf
- Antonio, L (2005). Sobrepeso y obesidad: algoritmo de manejo nutrición.
- Barreto H y Lisette, (2005). Obesidad: fisiopatología y tratamiento.
- Bautista L., Vera L., Villamil L., Silva S., Peña Iván M, y Luna L. (2002) Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. Salud Pública de México,
- Carrión, J. (2007). Nivel de grasa corporal y su impacto en los niveles de presión arterial. Universidad Mayor de San Marcos. Disponible
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2522/1/carrion_cj.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Evidencia para la política pública en salud y hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. Instituto nacional de salud pública, Disponible
<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/hypertensionarterialadultos.pdf>
- Eva, B. Boscá, A., García, C., y Sánchez, M. (2012). Hipertensión arterial, Disponible en
[http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manual de urgencias y emergencias/htaurg.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manual_de_urgencias_y_emergencias/htaurg.pdf)
- Freire, W., Ramírez, Belmont, M., Mendieta, P. Silva, M., Romero, N. Monge, R. (2013). Resumen ejecutivo. Tomo I. Encuesta nacional de salud y nutrición del Ecuador. Esanut-ecu 2011-2013. Disponible http://www.unicef.org/ecuador/ensanut_2011-2013_tomo_1.pdf.
- Gamarra,H. Roque, R. (2015). Implementación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la farmacia comunitaria Omar del Distrito de Carmen de la legua reinoso. Universidad Mayor de San Marcos. Disponible
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1385/1/gamarra_rh.pdf

- H. Pardell. José Molins (2015) Servicio de medicina interna. Hospital de la cruz roja. Descargado de <http://www.elsevier.>, 39-51. 08906 hospitalet de llobregat (Barcelona).
- Magro A., Sagastagoitia G., Sáez Y., Narváez I., Sáez J., Vacas M., Molinero E., Escobar A., Iriarte J. (2004) Factores de riesgo cardiovascular asociados a hipertensión arterial en mujeres según la edad Cardiovascular. Abril
- Mahan, L. (2009). Krause: Dietoterapia. Actividad dietética (vol. 13). Disponible en [http://doi.org/10.1016/s1138-0322\(09\)71401-4](http://doi.org/10.1016/s1138-0322(09)71401-4)
- Maurice E. Shills. James a. Olson Moshe shike, Valoración nutricional de la desnutrición mediante métodos antropométricos. Nutrición en salud y enfermedad.
- Morales, J., Angulo, B., y Rosas, C. (2006) Hacia la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de la hipertensión arterial: a partir de la epidemiología de la hipertensión diastólica aislada. México: Red Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas,
- Ocampo R. M. Factores predisponentes relacionados con la hipertensión arterial en indígenas Zenúes, Córdoba, Colombia, 2015. Tesis presentada para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública, con mención en Gestión de los Servicios de Salud, Perú, 2016.
- OMS (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Disponible http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/who_dco_whd_2013.2_spa.pdf
- OMS (2015). Enfermedades no transmisibles. Disponibles <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- OMS (2015). Obesidad y sobrepeso. Disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Oria E, Lafitas. Pretina E. Arguelles I. (2002). Composición corporal y obesidad. Canales vol. 25
- Pérez de Gallo Ana, Laborde Leticia. Evaluación del Estado Nutricional. (2015) Manual de Dietas Normales y terapéuticas en la salud y en la enfermedad. Edi científicas la prensa medica mexicana.
- Ram, M., y Partida, A. (2004). Hacia la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de la hipertensión arterial a partir de la epidemiología de la hipertensión sistólica aislada, 31–39. Disponible <http://132.248.9.34/hevila/revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2004/vol9/no2/7.pdf>.

- Rev Chil Cardiol v.29 n.1 Santiago (2010) versión On-line ISSN 0718-8560/ Revista chilena de cardiología. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602010000100012>
- Reverte Cejudo, Moreno Palomares y Ferreira Pasos. (1998). Hipertensión arterial: actualización de su tratamiento. Sistema nacional de salud, Disponible <http://www.msssi.gob.es/bibliopublic/publicaciones/docs/hta.pdf>
- Robles M., Guzmán J., Herrera B., Valadez F. (2009) Prevalencia de prehipertensión arterial y de hipertensión arterial y su relación con la obesidad.
- Rodma, Abell (2015). Fundamentos Adventistas. Disponible en <http://fundamentoadventista.jimdo.com/el-mensaje-pro-salud/la-reforma-prosalud>.
- Rodríguez M., Páez M., Rodríguez L. (2013) La hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados. Factores de riesgo Policlínico docente universitario “California” San miguel del padrón.
- Sánchez, Claudia. Pichardo Edgar. López R. Patricia (2004). Epidemiología de la obesidad. Gac. Med. Mex. Vol 140. Suple 2: 3-19
- Sandra, N. (2012). Factores de riesgo asociados y complicaciones de la hipertensión arterial en pacientes que acuden al “Hospital Mariano Estrella” de la comunidad de Lazareto. Universidad de Cuenca. Disponible <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4088/1/enf139.pdf>
- Valera, R. (1960). Reina-valera-1960 disponible en <http://www.buscad.com/biblias/reina-valera-1960.html>

APÉNDICES

APÉNDICE A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	CONCEPTUALIZACION
EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “CORAZON FELIZ” EN EL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA, PAUTE, ECUADOR, 2015. EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “CORAZON FELIZ” EN EL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA, PAUTE, ECUADOR, 2015.	Problema General ¿Cuál es la efectividad del programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo cardiovascular de pacientes del club de hipertensos en Guachapala, Paute: Ecuador, 2015.	Objetivo General Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.	Hipotesis General H1. El Programa “Corazón Feliz” es efectivo para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala, Paute,Ecuador, 2015. H0. El Programa “Corazón Feliz” no es efectivo para la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala, Paute, Ecuador, 2015.	Tipo de estudio: Experimental	PROGRAMA CORAZON FELIZ : Es un conjunto de acciones donde se evalua el estado nutricional, la presion arterial, la frecuencia de consultas y la frecuencia de internamiento para mantener a los pacientes Hipertensos dentro de los parametros normales de la presion sanguinea.
	Problemas Especificos	Objetivos Especificos	Hipótesis Específicas	Diseño: Pre experimental	
	¿Cuál es el nivel del estado nutricional de los pacientes del programa “Corazón Feliz” en el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?	Identificar el nivel del estado nutricional de los pacientes del programa “Corazón Feliz” en el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.			

				ESTADO NUTRICIONAL.- Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar
¿Cuál es el nivel de presión arterial de los pacientes del programa “Corazón Feliz”, para el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?	Identificar el nivel de presión arterial de los pacientes del programa “Corazón Feliz”, para el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.		Poblacion: 60 Muestra: censo	
¿Cuál es el nivel de circunferencia de la cintura de los pacientes del programa “Corazón Feliz”, para el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?	Identificar el nivel de presión arterial de los pacientes del programa “Corazón Feliz”, para el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.			
¿Cuál es el nivel del Índice de la cintura//Cadera de los pacientes del programa “Corazón Feliz”, para el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?	Identificar el nivel del Índice de la cintura//Cadera los pacientes del programa “Corazón Feliz”, para el control del riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.			
¿Cuál es la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para el estado nutricional de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute: Ecuador, 2015?	Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz” para el estado nutricional de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute: Ecuador, 2015			
		El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el estado nutricional de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala, Paute: Ecuador, 2015.		PRESION ARTERIAL.- Es el valor en mmHg que se alcanza cuando la tensión de la pared arterial llega a la cima de la onda sistólica

¿Cuál es la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para la presión arterial de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute: Ecuador, 2015?	Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz” en la presión arterial de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute: Ecuador, 2015	El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el control de la presión arterial en pacientes del club de hipertensos en Guachapala, Paute: Ecuador, 2015.		
¿Cuál es la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para la circunferencia de cintura de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute: Ecuador, 2015?	Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para la circunferencia de cintura de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute: Ecuador, 2015	El programa “Corazón Feliz” es efectivo, para el control en la circunferencia de cintura en pacientes del club de hipertensos en Guachapala, Paute: Ecuador, 2015.		
¿Cuál es la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para el índice cintura //Cadera de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015?	Determinar la efectividad del programa “Corazón Feliz”, para el estado nutricional de los pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.	El programa “Corazón Feliz” es efectivo para el índice cintura //Cadera en pacientes del club de hipertensos en Guachapala y Paute, Ecuador, 2015.	Y= Riesgo Cardiovascular	

APÉNDICE B

MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS (PRE TEST Y POS TEST)

 Ministerio de Salud Pública MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR DISTRITO O1D06 															
DATOS DE FILIACION					DATOS ANTROPOMETRICOS						SION ARTEI				
Nº	FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE H.CL	EDAD (AÑOS)	SEXO	PESO(kg)	Talla(cm)	IMC	C.CINTURA	C.CADERA	I.CINT.CADE RA	TAS	TAD	DX.	OBSERVACIONES

APÉNDICE C

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS HISTORIA CLÍNICAS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO		SEXO		NÚMERO DE M		NÚMERO DE P		HISTORIA CLÍNICA	
1 MOTIVO DE CONSULTA											
2 ANTECEDENTES PERSONALES											
3 ANTECEDENTES FAMILIARES											
4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL											
5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS											
6 SIGNOS VITALES											
FECHA											
PULSO ARTERIAL											
PULSO 2 min											
TEMPERATURA °C											
7 EXAMEN FÍSICO											
8 DIAGNÓSTICOS											
	CM	PRE	DEF	PRE	DEF	PRE	DEF	PRE	DEF	PRE	DEF
1				3							
2				4							
9 PLANES											
DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICOS Y EDUCACIONALES											
FIRMAS											
FIRMA DEL PACIENTE		FIRMA DEL MÉDICO		FIRMA DEL		FIRMA DEL		FIRMA DEL		FIRMA DEL	

SHS-MSP / HCU-form.002 / 2007

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EF

APÉNDICE D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “CORAZON FELIZ” EN EL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA, PAUTE, ECUADOR, 2015.

Propósito y procedimiento

Este proyecto de investigación está a cargo de la Nutricionista Dietista del Distrito 01D06 El Pan a Sevilla de Mayra Cabrera.

El propósito de este El Programa “Corazón Feliz” es determinar si efecto de manera significativa en la reducción del riesgo cardiovascular.

Beneficios

Este estudio permitirá que las personas que tienen esta patología cambien sus estilos de vida y mejoren su condición de salud en base a su alimentación, actividad física, consumo de agua de forma adecuada. y así disminuir el riesgo de la morbi-mortalidad y gastos económicos de la familia y del estado.

Derechos del participante y confidencialidad

La participación del Club de Hipertensos en este estudio es completamente voluntaria.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por el/la investigador/(a), y deseo participar con este estudio. Por lo que acepto mi firma siendo señal de ello.

Fecha: _____

Firma N° C.I.....

APÉNDICE E
PROGRAMA EDUCATIVO “CORAZÓN FELIZ”

PROGRAMA EDUCATIVO “CORAZÓN FELIZ” EN EL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA Y PAUTE, ECUADOR, 2015.

Desarrollado por:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Gobierno autónomo descentralizado de Guachapala

Gobierno autónomo descentralizado de Paute

Responsable

Mayra Narciza Cabrera Pozo

Asesor – Dr. Daniel Richard

PROGRAMA EDUCATIVO

“CORAZÓN FELIZ”

EN EL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE
HIPERTENSOS, GUACHAPALA Y PAUTE, ECUADOR, 2015.



I. INFORME EJECUTIVO

A. Nombre del Proyecto

Programa de “CORAZÓN FELIZ” EN EL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR
EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA Y PAUTE, ECUADOR,
2015.

B. Justificación del Programa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la hipertensión arterial afecta a más de uno de cada tres adultos, siendo, las enfermedades cardiovasculares responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebro vascular.

En el Ecuador, la prevalencia de hipertensión arterial es de 28.7%, lo que significa que aproximadamente tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos; de estos, el 41% saben que son hipertensos, reciben tratamiento un 23% y tienen un control adecuado apenas el 6.7%. La provincia del Azuay está en el cuarto lugar con un porcentaje de 6.92% entre las ciudades con mayor índice de hipertensión arterial.

Siendo las principales causas los malos hábitos alimenticios, como bajo consumos de frutas y vegetales, exceso consumo de carbohidratos y sal, bajo consumo de agua y falta de actividad física; también se encuentra el sexo, raza, y herencia.

Es por esta razón que se realizará este programa en los cantones de Paute y Guachapala en el Club de Hipertensos.

II. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A. Objetivo general

Disminución significativa del riesgo cardiovascular en los pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, Ecuador.2015.

B. Objetivos específicos del programa.

- Evaluar el estado Nutricional y la presión arterial al 100% de los adultos mayores que acuden al club de Hipertensos. y realizar un diagnóstico –evaluación final.

- Reforzar sus capacidades al 70% adulto mayor sobre la HTA y sus consecuencias con respecto a su salud.
- Fomentar la práctica de llevar un estilo de vida saludable al 70 % de los adultos mayores.
- Instruir al 100% de los adultos mayores sobre la Higiene y manipulación de Alimentos
- Desarrollar en el 10 % de los adultos mayores que acuden al Club de HTA habilidades prácticas sobre la elaboración de menús a través de la Dieta DASH.
- Inculcar al 70 % de los adultos el consumo adecuado de Agua.
- Fomentar al 70 % la práctica regular del ejercicio físico
- Fomentar al 70 % de los adultos mayores sobre el descansar las horas adecuadas
- Participación del 100% de los adultos mayores a la asistencia de la casa abierta.
- Visitas en sus hogares a un 70 % de los adultos mayores del Club de HTA.
- Consultoría individual al 100 de los adultos mayores del Club de HTA.

III. Estrategias

Para lograr los objetivos se utilizarán las siguientes estrategias

a. Convocatoria

Se realizará una invitación a través de medios, perifoneo, cuñas radiales y entrega de invitaciones.

b. Educativas.

Se utiliza materiales educativos que son instrumentos de apoyo, herramientas y ayudas didácticas que facilitan el acercamiento a las personas al conocimiento y a la construcción de los conceptos para facilitar de esta manera el aprendizaje.

c. Consejería nutricional.

Mensualmente en el consultorio de nutrición, se llevó a cabo la consejería nutricional con cada paciente, sugiriendo medidas terapéuticas de alimentación, para tratar los problemas de salud de acuerdo con su etapa de la vida y tomando en cuenta la patología de base.

d. Talleres Grupales

Los talleres grupales son una alternativa de educación a través del cual se empodera a las personas para que adopten voluntariamente hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, respetuosos con sus costumbres alimentarias locales y con el medio ambiente, favoreciendo así la diversidad de la dieta y la buena nutrición de la población.

e. Visitas Domiciliarias

Las visitas domiciliarias de atención en nutrición, son necesarias para atender a personas y observar su realidad de una forma más cercana, de esta manera se logra ampliar la cobertura y atender en forma directa los problemas alimentarios de la población, tomando como prioridad a grupos vulnerables como los adultos mayores

f. Ferias De Salud

Las ferias de salud son un método educativo significativo, que impacta a la población y los ayuda a tomar decisiones saludables.

g. Balance Oferta y Demanda

En el análisis se encontró suficiente justificación de la necesidad de implementar Programa “Corazón feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, debido a que es la primera causa de morbilidad y mortalidad según los datos que brinda la estadística del distrito.

La primera opción es una alternativa sostenible basada en la implementación del programa en los cantones Paute y Guachapala, ya que este programa tiene diferentes etapas que beneficiaran a los pacientes HTA que asisten a estos clubs ya que ellos se concientizaran y harán cambios positivos para mejorar su estado de salud y calidad de vida.

En cambio la segunda opción es una alternativa de carácter técnico científico llevar a cabo un proceso de Cambio conductual en las cuatro áreas ubicadas como factores determinantes en el nivel nutricional: Evaluación nutricional, niveles de presión arterial, consumo adecuado de Agua, descanso de las horas adecuadas, práctica regular del ejercicio físico, educar sobre la HTA y sus consecuencias, la importancia Alimentación saludable, dieta DASH, higiene y manipulación de Alimentos.

La tercera alternativa es que se realizaran actividades prácticas demostrativas con la finalidad que estas personas aprendan de mejor forma.

h. Beneficios según alternativa

Este Programa “Corazón feliz” en el control de riesgo cardiovascular en pacientes del club de hipertensos, Guachapala y Paute, genera beneficios económicos, sociales.

Los beneficios económicos están relacionados con i) la posibilidad de mejorar la economía familiar y del estado al contrarrestar el gasto que tenían por enfermedades relacionadas a factores: enfermedad renal, accidente cerebro vascular, ataque cardiaco, insuficiencia cardiaca, perdida de la visión. ii) El ahorro económico en compra de medicamentos, en gasto de complicaciones (diálisis) hospitalización iii). La disminución del gasto en la canasta básica familiar; al adquirir productos naturales y disminuyendo la compra de productos industrializados que tienen precios más elevados. iv) Mejor acceso económico laboral de los familiares al disminuir el tiempo contrarrestado por causa de alguna enfermedad prevalerte degenerativas de la familia.

i. Resultados de la Evaluación Social

La Evaluación social están relacionados fundamentalmente con la reducción de los riesgos que presenta esta enfermedad ya que implementando este programa disminuirémos de forma notoria las complicaciones, Las personas con complicaciones ya incurren al costo del tratamiento (internamiento, consultas, medicamentos) y en caso de la población económicamente activa al enfermarse pierde días laborables o reduce su rendimiento. La mejora que brinda este programa es que realicen cambios de estilos de vida y por lo tanto otorga beneficios reales de las familias, por otro lado, mejora el estado de salud, mejora las condiciones emocionales de vida diaria saludable lo cual otorga mejor clima familiar, y en la comunidad donde viven.

j. Sostenibilidad del PIP

- a) Arreglos institucionales para la fase de pre-operación, operación y mantenimiento.
- b) Financiamiento de los costos de operación, monitoreo y mantenimiento

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el Distrito 01D06 El Pan a Sevilla de Oro será el responsable de llevar a cabo este proyecto dentro del proceso de Promoción en el ítem de Nutrición.

Los gobiernos autónomos descentralizados de Guachapala y Paute serán los encargados de establecer los lugares para el desarrollo de las capacitaciones, ferias etc.

- c) Participación de los beneficiarios

La población beneficiaria participará a través de los CLUBS de HIPERTENSOS que se realizan de forma continua.

k. Impacto Ambiental

El impacto ambiental global del proyecto es positivo, pues al mejorar la gestión integral de hábitos saludables, estilos de vida, eliminará los riesgos de contaminación del medio ambiente

presto a que se les enseña la importancia de consumo de alimentos de forma natural esto contribuye en diversos componentes como aire, suelo y agua. Es decir, el proyecto contribuirá a reducir la contaminación de los ecosistemas rurales, así como los riesgos para la salud de la población en general

l. Organización y Gestión

La ejecución del proyecto estará a cargo de Promoción (Nutrición) y GADS (Paute y Guachapala). Al respecto MSP cuenta con personal capacitado y multidisciplinario (Nutricionistas, médicos especialistas, médicos generales, enfermeras) que hace que tenga orden y responsabilidad des de forma clara y específica.

Mientras que los GADS ya tienen establecido los lugares para cada evento que se desarrollaran dentro del programa a ejecutarse.

m. Conclusiones

En el análisis se encontró que las tres opciones son una alternativa sostenible y de acorde a los Planes Actual del Estado; basada en la necesidad de implementar un Programa

Según el diseño y las variables consideradas en las tres alternativas, el proyecto tiene probabilidad de ser más sostenible desde el punto de vista económico, social y ambiental. Basándose en los resultados de este estudio se recomienda seleccionar las tres alternativas continuar con la fase de inversión.

IV. ASPECTOS GENERALES

A. *NOMBRE DEL PROYECTO*

“CORAZÓN FELIZ” EN EL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA Y PAUTE, ECUADOR, 2015.

UNIDAD FORMULADORA Y EJECUTORA

Unidad Formuladora:	Ministerio De Salud Publica Ecuador (MSP) Gobierno Autónomo
Funcionario Responsable	Descentralizado De Guachapala Y Paute (GAD)
Cargo	Dra. Karla Zumba Directora del DISTRITO 01D06 El Pan a Sevilla de Oro.
Unidad Ejecutora:	PROMOCION DE LA SALUD(NUTRICIÓN)
• Funcionario Responsable	N.D Mayra Narciza Cabrera Pozo.
• Cargo	Nutricionista del DISTRITO 01D06 El Pan a Sevilla de Oro.

Las Unidades formuladora y ejecutora son unidades gubernamentales que su competencia funcional establecida por ley cuenta con capacidad administrativa, operativa y el liderazgo necesario para ejecutar con eficiencia el presente proyecto.

Desde el Punto de vista administrativo, el MSP del Ecuador, tiene personería jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia. Su finalidad es brindar servicios básicos y educativos a su población promoviendo el desarrollo integral u equilibrado del distrito.

Desde el punto de vista gerencial, ha demostrado tener capacidad de liderazgo para la ejecución de proyectos con la participación de los diversos actores sociales, por ejemplo, (Nutricionistas, médicos especialistas, médicos generales, enfermeras)

B. PARTICIPACIÓN DE LAS ENTIDADES INVOLUCRADAS Y DE LOS BENEFICIARIOS

Ministerio de salud Pública. El MSP es la cartera del Estado encargada de ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud pública ecuatoriana,

para ello se distribuye a nivel nacional a través de zonas, dentro de ello en distritos y establecimientos de salud.

Gobierno descentralizado de Guachapala y Paute. El artículo 238 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que constituyen Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) las juntas parroquiales rurales, los concejos municipales, los concejos metropolitanos, los consejos provinciales y los consejos regionales, y estos gozan de autonomía política, administrativa y financiera, y se rigen por los principios de solidaridad, subsidiariedad, equidad interterritorial, integración y participación ciudadana. Es decir, son las instituciones que conforman la organización territorial del Estado Ecuatoriano.

Población beneficiaria. La población beneficiaria del proyecto está conformada por los pacientes Hipertensos que acuden al Club de Hipertensión (HTA) de los cantones de Guachapala y Paute.

Las siguientes instituciones vienen participando en los diversos aspectos relacionados con la solución de la problemática de la desnutrición en nuestro distrito.

C. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

Actores	¿Quiénes son?	Intereses	Percepciones	Interrelaciones	Participación
Unidad Operativas de Paute y Guachapala	Institución encargada de brindar Atención Primaria de Salud.	Mejorar la calidad de vida de los miembros de los centros gerontológicos	Perciben el proyecto de una forma favorable para el beneficio de los adultos	No existen intereses que generen divisiones	Media
Hospital Básico de Paute	Institución de Segundo nivel, encargada de brindar atención en servicios Médicos.	Realizar promoción de salud para mejorar la Calidad de Vida de su comunidad.	Observan el proyecto de una forma propicia para su comunidad.	Colaboran con el proyecto de forma indirecta.	Media

Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) de Guachapala y Paute	Institución descentralizada con el objetivo de apoyar a los centro de atención diurna.	Vincular a los adultos mayores a los programas que mejoren sus estilos de vida.	El GAD conoce el proyecto pero si se involucra	Tienen buena relación como administración, pero si colaboran con el proyecto.	Media
---	--	---	--	---	-------

D. MARCO DE REFERENCIA

Marco legal

La salud es un derecho fundamental de las personas y una condición esencial del desarrollo de los pueblos;

Que de conformidad con el artículo 42 (32) de la Constitución Política de la República, el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Que el artículo 45 (359) de la Constitución Política de la República, dispone que el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa;

Que en el país se ha iniciado un proceso de descentralización y desconcentración tendiente a lograr una mejora fundamental en los servicios públicos, con la participación de los organismos seccionales, proceso en el que es necesario contar con un marco legal que preserve la integridad de la atención de salud;

Que el artículo 46 (366) de la Carta Política, prevé que el financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud, provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos

del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

Lineamientos de Política Sectorial- Funcional y en el Contexto Regional y Local

Art. 1. Objeto y Ámbito de la Ley. La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

Art. 2. Finalidad y Constitución del Sistema. El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3. Objetivos. El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos: 1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada. 2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración. 3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables. 4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector. 5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 4. Principios. El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios. 1. Equidad. Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional. 2. Calidad. Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios. 3. Eficiencia. Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.

E. LAS COMPETENCIAS Y FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR

MISIÓN

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud

VISIÓN

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

VALORES

Respeto. Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión. Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

Vocación de servicio. Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

Compromiso. Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

Integridad. Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.

Justicia. Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

Lealtad. Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

En los gobiernos autónomos descentralizados (GAD) contribuye a que se cumpla los derechos de salud.

2. Funciones específicas compartidas de GAD.

Derecho a la Salud la salud es un derecho que se vincula con el ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. La salud implica un estado de bienestar físico, mental y social, no solamente no tener enfermedades. El Estado, la sociedad, la familia y las personas son corresponsables de la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. La atención de salud como servicio público se debe dar en entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y de medicinas ancestrales, alternativas y complementarias. Estos servicios deben ser seguros, de calidad y calidez, y garantizan el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud son universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenden los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Al respecto, se establece el Plan nacional del BUEN VIVIR desde el año 2013 al 2017

- El régimen de desarrollo y el sistema económico social y solidario, de acuerdo con la Constitución del Ecuador, tienen como fin alcanzar el Buen Vivir; la planeación es el medio para alcanzar este fin.

- Uno de los deberes del Estado es “planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al Buen Vivir”.

Objetivo1

“Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular” establece las políticas y líneas estratégicas necesarias para radicalizar el proceso de transformación del Estado y fortalecer el poder popular y ciudadano.

Objetivo 2:

“Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad”.

Objetivo 3:

“Mejorar la calidad de vida de la población”.

Objetivo 4:

“Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía”.

Objetivo 5:

“Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad”.

Objetivo 6:

“Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos”.

Objetivo 7:

“Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global.

Objetivo 8:

“Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible”.

Objetivo 9:

“Garantizar el trabajo digno en todas sus formas”.

Objetivo 10:

“Impulsar la transformación de la matriz productiva”.

Objetivo 11:

“Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica”.

Objetivo 12:

“Garantizar la soberanía y la paz, y profundizar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana”.

Asimismo, en nuestro país se han desarrollado diferentes experiencias y procesos técnicos y sociales para identificar los principales problemas de salud, así como iniciativas políticas de concertación y acuerdos con el fin de dirigir los esfuerzos y recursos para enfrentarlos. Éstas pueden en resumirse en:

- En 2013 se registraron 63.104 defunciones generales, las principales causas de muerte son la Diabetes mellitus y enfermedades hipertensivas, con 4.695 y 4.189 casos respectivamente, según la información del Anuario de Nacimientos y Defunciones publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

F. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

CONTEXTO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Contexto Eco geográfico

Ubicación¹

Paute es un cantón localizado en la provincia de Azuay en Ecuador. Fue fundado el 26 de febrero de 1860. En el censo de 2010 tenía 25.494 habitantes. Se encuentra al noreste de Cuenca 40 minutos.

El cantón **Guachapala** se encuentra a 53Km de la Ciudad de Cuenca, en la parte nororiental de la provincia del Azuay. Con una altitud que va desde los 2.200 msnm hasta los 3200 msnm.

Limites²

Paute

- Norte: Cañar
- Por el sur: Gualaceo
- Por el este: El Pan y Sevilla de Oro.
- Por el oeste: Cañar

Guachapala

- Norte: Rio Paute que lo separa de las parroquias Tomebamba y Dug Dug
- Por el sur: Gualaceo
- Por el este: El Pan y Sevilla de Oro.
- Por el oeste: Rio Paute y Cantón Paute

Clima³

Paute

El clima es templado y cálido en Paute. Hay precipitaciones durante todo el año en Paute. Hasta el mes más seco aún tiene mucha lluvia. La clasificación del clima de Köppen-Geiger es Cfb. La temperatura media anual en Paute se encuentra a 17.3 °C. Hay alrededor de precipitaciones de 986 mm.

Guachapala

¹ Fuente: Wikipedia, enciclopedia libre

² INEC

En el cantón Guachapala, predomina el clima templado, caliente en la parte baja del río Paute, templado en la cabecera cantonal y frío en la parte alta sector de Andacocha conforme recibe las influencias de la Región Oriental. Tiene una temperatura de 17 grados centígrados promedio.

Hidrografía⁴

Sus tierras son irrigadas por las aguas del Río Paute es un río ubicado en las provincias del Azuay, Cañar y Morona Santiago en Ecuador. El río es un afluente del río Namangoza que a su vez es afluente del río Santiago que luego desemboca en el río Marañón, el cual termina en el río Amazonas y este en el océano Atlántico.

Población, vivienda, proyección de la población

Tabla 1: Población de los cantones

AÑOS	Cantón	Habitantes
2010	Paute	25,494
2010	Guachapala	3.409

Fuente: INEC censos año 2010.

Tabla 2: Población de los cantones de Paute y Guachapala por centros poblados

El Cantón **Paute** está constituido por las siguientes comunidades:

Paute (urbana)
 San Cristóbal
 Bulán
 El Cabo
 Dugdug
 Chicán
 Tomebamba
 Guraraynac

⁴ Enciclopedia libre
 GAD

El Cantón **Guachapala** está constituido por las siguientes comunidades:

Don Julo	Chauyallacu
Sacre	Musaray
Guablid Alto y Bajo,	Guasac
Rumipungo	San Pedro
San Marcos	Agllan
Andacocha	Parig
Chicti Alto y Bajo	Monjas

Aspectos socio-económicos. Actividad industrial, comercio, servicio.

La distribución de la Población Económicamente Activa (PEA) por actividad económica en la provincia es la siguiente: el 23,1% de la PEA de la provincia de Azuay se dedica a la agricultura, silvicultura, caza y pesca, siendo ésta la actividad de mayor importancia para la provincia, a pesar que ésta no muestra tanta diferencia con otras ramas económicas como en otras provincias. Pues, la actividad que le sigue es comercio con apenas 4,8 puntos de diferencia, ya que ésta representa el 18,3% de la PEA.

También tienen gran importancia las actividades de manufactura (18%) y servicios (16,6%). La rama de la construcción representa el 8%. Las actividades no bien especificadas alcanzan el 6,9% y transporte 4,7% de la PEA. Mientras que, las actividades de menor importancia para la provincia son: establecimientos financieros (2,7%), explotación de minas y canteras (1%), electricidad, gas y agua.

Educación

El Ministerio de educación ME tiene como objetivo brindar una educación de calidad y calidez, mejorar las condiciones de escolaridad, el acceso y la cobertura de la educación en sus

zonas de influencia, y desarrollar un modelo educativo que responda a las necesidades locales y nacionales.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	CIRCUITO EDUCATIVO	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
Escuela 9 de Octubre	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Escuela Isidro Ayora	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Francisco de Alvarado Cordova	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Escuela Basica particular Jode de Paute	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Educacion Basica Alfonso Sanchez Alvear	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Unidad Educativa Temporal 24 de Febrero	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Unidad Educativa Temporal Ciudad de Paute	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Escuela de Educacion Basica Alejandro Machuca	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Escuela de Educacion Basica Cornejo Mosquera Lopez	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Escuela de Educacion Basica Simon Bolivar	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Unidad Educativa Fiscomisional Julio Maria Matovelle	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE CABECERA CANTONAL
Unidad de Educacion Especial Nicolas Vasquez	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	PAUTE
Escuela de Educacion Basica Onorato Noyola	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	BULAN
Escuela de educacion Basica Luz de America	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	BULAN
Escuela de educacion Basica Dr Enrique Neira Carrion	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	BULAN
Escuela de educacion Basica Luz Matilde Torres	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	BULAN
Escuela de educacion Basica Cristobal Colon	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	BULAN
Escuela de educacion Basica Modesto Vintimilla	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	CHICAN
Escuela de educacion Basica Gerardo Cordero y Leon	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	CHICAN
Escuela de Educacion Basica Jose Rodriguez	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	CHICAN
Unidad Educativa Manuel J Calle	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	CHICAN
Unidad Educativa Fiscomisional Agronomico Salesiana	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	CHICAN
Escuela de Educacion Basica Dr Jorge Merchan Aguilar	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	EL CABO
Escuela de Educacion Basica Manuel Jesus Ayabaca	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	EL CABO
Unidad Educativa Atenas del Ecuador	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	EL CABO
Escuela de Educacion Basica Raquel Ordoñez Centeno	D01D06C02	AZUAY	PAUTE	EL CABO
Escuela de Educacion Basica Juan Jose Lopez Avila	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	GUARAYNAC
Escuela de Educacion Basica Pablo Hilario Chican	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	GUARAYNAC
Escuela de Educacion Basica Celia Diyen Nieto	D01D06C01	AZUAY	PAUTE	GUARAYNAC

INSTITUCIONES EDUCATIVAS	CIRCUITO EDUCATIVO	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA
Unidad Educativa Temporal Guachapala	D01D06C02	AZUAY	GUACHAPALA	GUACHAPALA CABECERA
Escuela Educacion Basica Luis Vargas Torres	D01D06C02	AZUAY	GUACHAPALA	GUACHAPALA CABECERA
Escuela de Educacion Basica Felipe Serrano	D01D06C02	AZUAY	GUACHAPALA	GUACHAPALA CABECERA
Escuela Educacion Basica Ciudad de Guachapala	D01D06C02	AZUAY	GUACHAPALA	GUACHAPALA CABECERA
Escuela Educacion Basica Daniel Celleri	D01D06C02	AZUAY	GUACHAPALA	GUACHAPALA CABECERA

Salud

En lo que se refiere a la prevención de la salud, EL DISTRITO 01D06 cuenta con un Hospital básico de Paute, asegurando la atención de la población de Paute y Guachapala, Seguro Social Campesino, dos subcentro en Paute (Anidada) y Guachapala.

A. ANALISIS DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la hipertensión arterial afecta a más de uno de cada tres adultos, siendo, las enfermedades cardiovasculares responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión

causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebro vascular.

En el Ecuador, la prevalencia de hipertensión arterial es de 28.7%, lo que significa que aproximadamente tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos; de estos, el 41% saben que son hipertensos, reciben tratamiento un 23% y tienen un control adecuado apenas el 6.7%. La provincia del Azuay está en el cuarto lugar con un porcentaje de 6.92% entre las ciudades con mayor índice de hipertensión arterial.

Siendo las principales causas los malos hábitos alimenticios, como bajo consumos de frutas y vegetales, exceso consumo de carbohidratos y sal, bajo consumo de agua y falta de actividad física; también se encuentra el sexo, raza, y herencia.

Es por esta razón que se realizará este programa en el club de Hipertensos de los cantones Paute y Guachapala, para Educar sobre los Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial, Buenos Hábitos Alimenticios, Fomentar la Actividad Física y el Consumo de Agua.

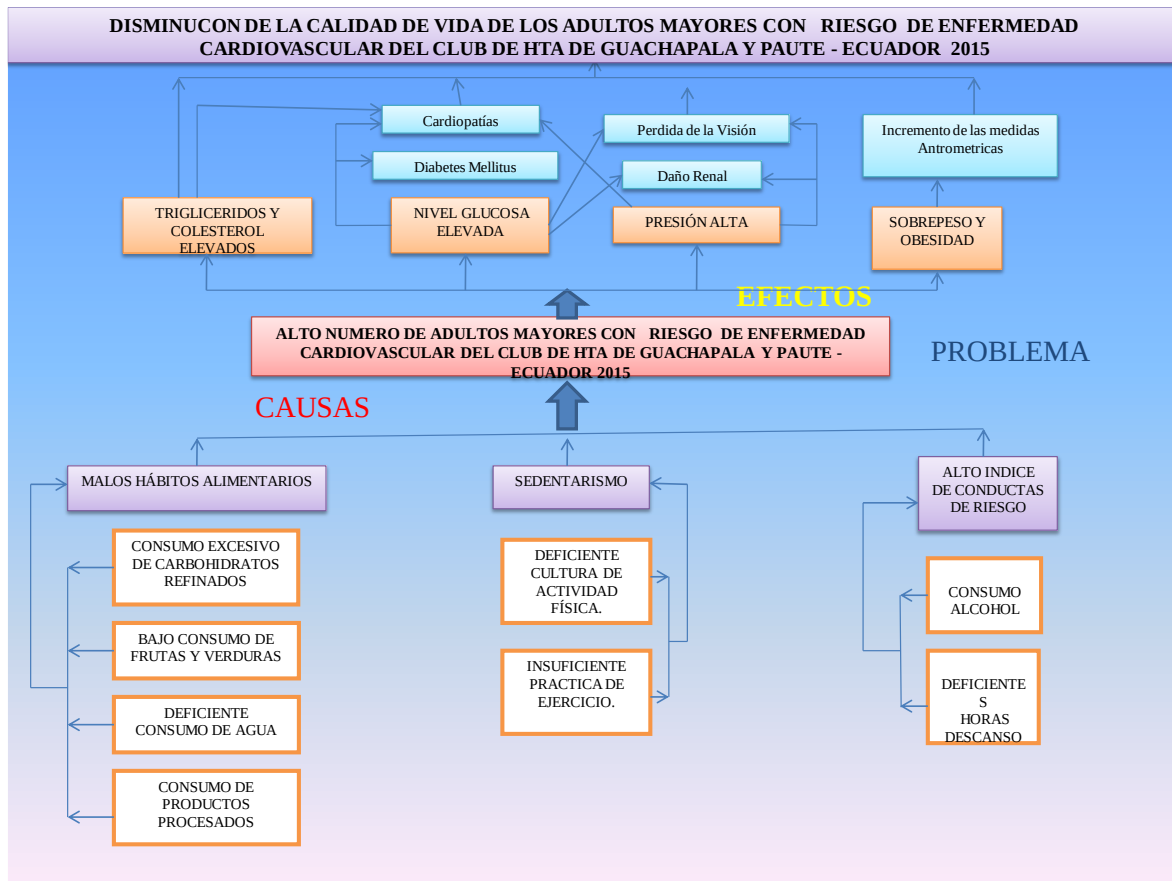
En el MSP a través del diagnóstico de la Problemática del Plan Concertado de Desarrollo se verifico las ocurrencias siguientes:

TEMA	PROBLEMÁTICA	OBJETIVO
RIESGO CARDIOVASCULAR	• Malos hábitos alimentarios • Consumo excesivo de CH refinados. • Bajo consumo de frutas y verduras • Alto consumo de alimentos procesados con alto contenido de sodio. • Alto consumo de grasas saturadas • Sedentarismo • Inadecuados estilos de vida.	• Disminución del riesgo cardiovascular en los pacientes adultos mayores del club Hipertenso de Guachapala y Paute. FIN Contribuir a mejorar la calidad de vida en los pacientes de club de hipertensos de Guachapala y Paute..

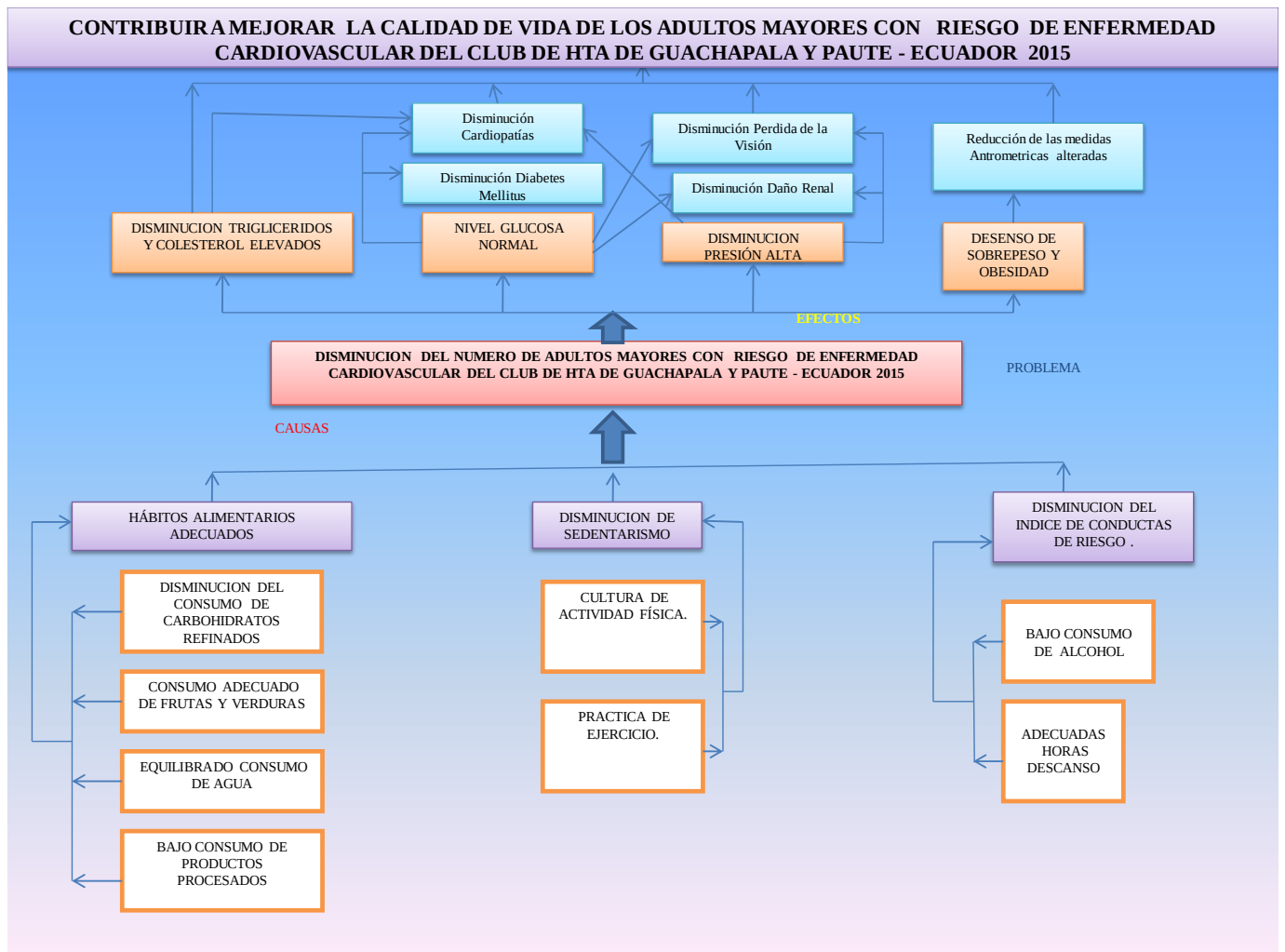
B. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y SUS CAUSAS

Se ha definido el siguiente problema central: “*El aumento del Riesgo Cardiovascular*”. Esto ocasiona que estos pacientes se compliquen debido a que los niveles de colesterol y triglicéridos se eleven, la glucosa se eleve, la presión alta y es sobrepeso y la obesidad.

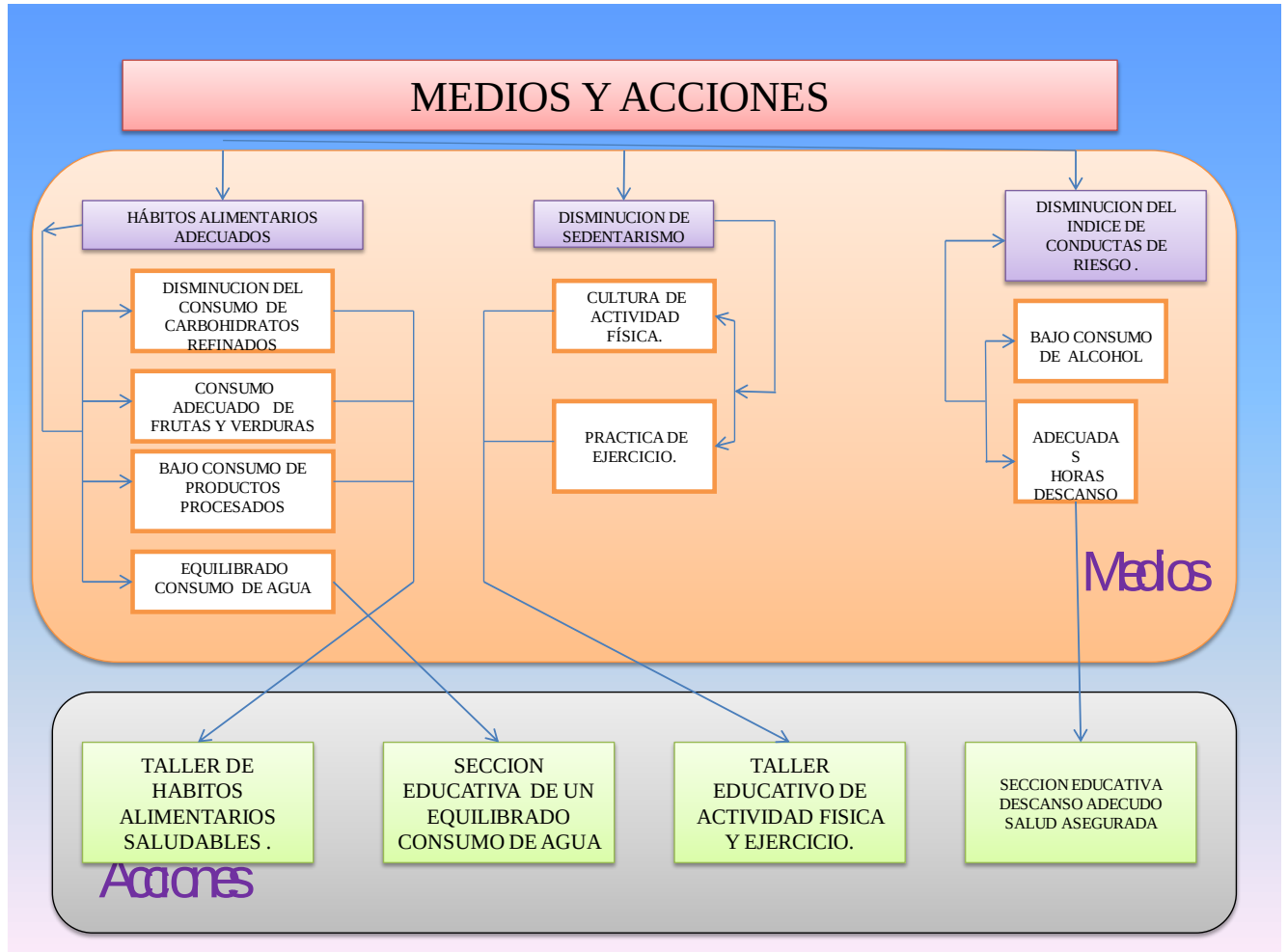
C. ÁRBOL DE PROBLEMA



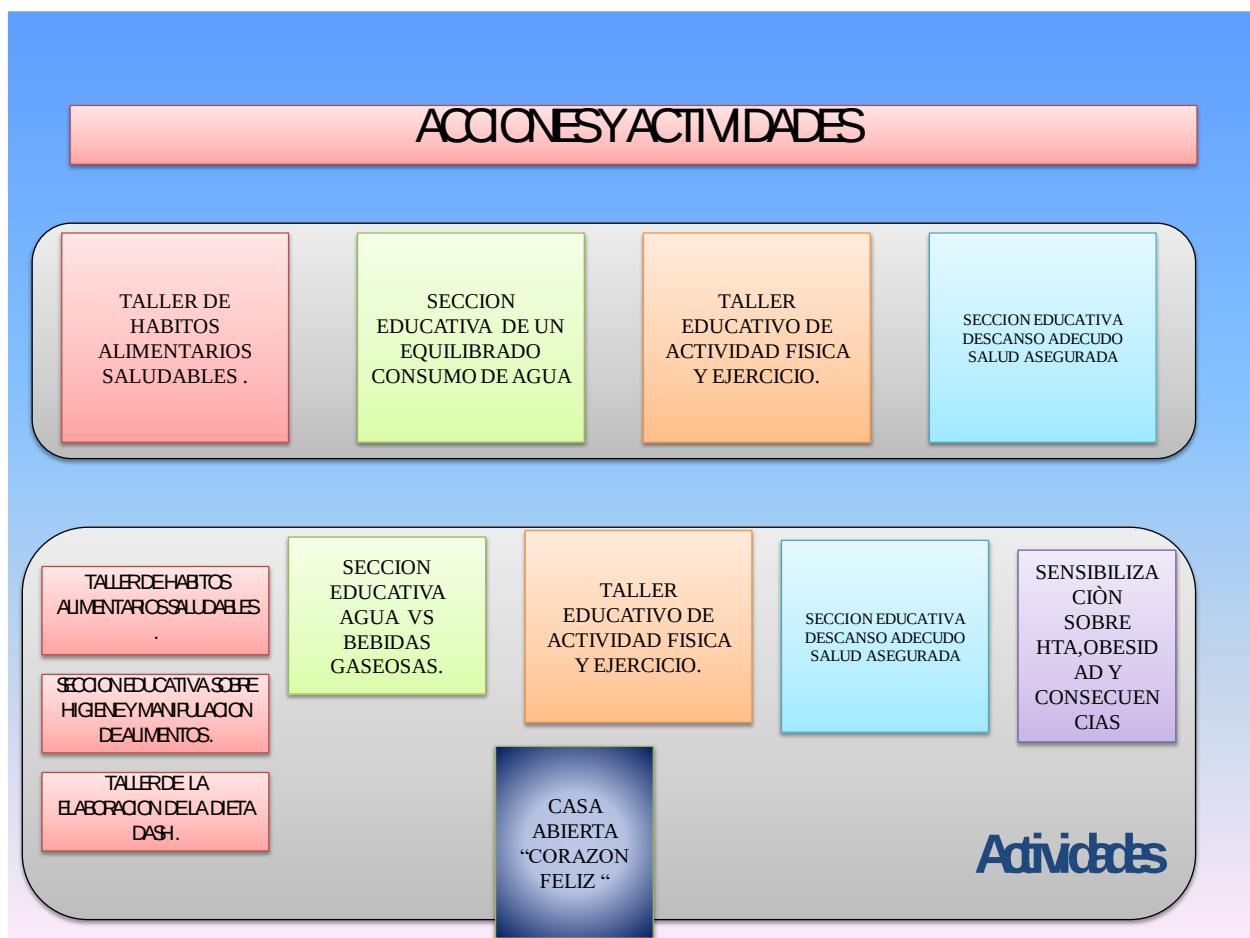
D. ÁRBOL DE OBJETIVOS



E. ÁRBOL DE MEDIOS Y ACCIONES



F. ÁRBOL DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES



G. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES								RESPONSABLE
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	
SENSIBILIZACIÓN SOBRE HTA, OBESIDAD Y CONSECUENCIAS									Medico Internista
TALLER DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES.									Nutricionista del Distrito
SECCION EDUCATIVA SOBRE HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.									Nutricionista del Distrito
TALLER DE LA ELABORACION DE LA DIETA DASH.									Nutricionista del Distrito
SECCION EDUCATIVA AGUA VS BEBIDAS GASEOSAS.									Nutricionista del Distrito
TALLER EDUCATIVO DE ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO									Nutricionista del Distrito Encargado Ministerio del Deporte
SECCION EDUCATIVA DESCANSO ADECUADO SALUD ASEGURADA									Psicologa clinica del Distrito
CASA ABIERTA “CORAZON FELIZ “									Nutricionista del Distrito Internas de Nutrición y Directores de las Unidades Operativas de Paute y Guachapala

H. PRESUPUESTO

INGRESOS	TOTAL	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	TOTAL
Ingreso del Estado	5455	2300	320	290	460	310	410	415	950	5455
Gastos										
OPERATIVOS	3515	360	320	290	460	310	410	415	950	3515
Materiales de oficina	345	15	15	15	15	15	15	15	240	345
Materiales para las clases	680		60	30	200	50	50	40	250	680
Material lúdico	225	15	30	30	30	30	30	30	30	225
Pago Profesionales	2100	300	200	200	200	200	300	300	400	2100
Movilidad	165	30	15	15	15	15	15	30	30	165
INVERSION	1940									1940
Tallímetro	75									75
Balanza	50									50
Cinta Antropométrica	15									15
Proyector	1000									1000
Computadora	800									800
Total Gastos	5455	0	320	290	460	310	410	415	950	5455

I. MARCO LOGICO.

OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<u>Fin(finalidad)</u> Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con riesgo de enfermedad cardiovascular del club de HTA de Guachapala y Paute - Ecuador, 2015.	75 % adultos mayores con que lograron disminuir riesgo de enfermedad cardiovascular después de dos años de la finalización de proyecto N° adultos mayores con que lograron disminuir riesgo de enfermedad cardiovascular/ N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100	Estadística del MSP Estadísticas de MSP	- Plan del Buen vivir. - Modelo de Atención Integral. - Políticas del estado Ecuatoriano.
<u>Propósito</u> Disminución del número de adultos mayores con riesgo de enfermedad cardiovascular del club de HTA de Guachapala y Paute - Ecuador, 2015.	70 % adultos mayores con que lograron disminuir riesgo de enfermedad cardiovascular al finalización de proyecto N ° adultos mayores con que lograron disminuir riesgo de enfermedad cardiovascular/ N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100. $25/52 * 100 = 48 \%$	Informe del proyecto.	Apoyo de las partes involucradas(MSP -GAD-) Beneficiarios del proyecto- Familias de los beneficiarios del proyecto.
<u>Componentes(Acciones)</u>			
TALLER DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES	% 10 adultos mayores con que lograron disminuir o mantener dentro de los parámetros antropométricos en 8 meses. N° adultos mayores con que lograron disminuir la cintura cadera *100/ N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100. N° adultos mayores con que lograron disminuir IMC *100/N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100.	Historias clínicas de los pacientes. Fotografías.	Compromiso de la Dirección del Distrito. Apoyo financiero del Distrito. Compromiso por parte de las personas involucradas en el Proyecto.(Doctores- Nutricionista-Beneficiarios del Proyecto). Apoyo de la familia de los beneficiarios del proyecto.
SECCION EDUCATIVA DE UN EQUILIBRADO CONSUMO DE AGUA	70 % adultos mayores con que lograron consumir de 6 a 8 vasos de agua durante el día. Durante 7 meses.	Registros de asistencias. Evaluación	Apoyo financiero del Distrito. Compromiso por parte de las personas involucradas en el

	N° adultos mayores con que lograron consumir de 6 a 8 vasos de agua durante el día. Durante 7 meses*100/N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100. 41/52*100= 68,3 %	Fotografías.	Proyecto. (Nutricionista-Beneficiarios del Proyecto.)
TALLER EDUCATIVO DE ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO.	70 % adultos mayores con que lograron realizar actividad física y ejercicio. Durante 6 meses. N° adultos mayores con que lograron realizar actividad física y ejercicio. Durante 6 meses*100/N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100. 44/52*100= 84,1 %	Evaluación Registros de asistencias.	Apoyo financiero del Distrito. Compromiso por parte de las Instituciones y personas involucradas en el Proyecto.(- Ministerio del Deporte - Nutricionista-Beneficiarios del Proyecto.)
SECCION EDUCATIVA DESCANSO ADECUADO SALUD ASEGURADA	70 % adultos mayores con que lograron descansar Durante 5 meses. N° adultos mayores con que lograron descansar durante las horas adecuadas durante 5 meses/N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100. 39/52*100= 75 %	Evaluación Registros de asistencias.	Apoyo financiero del Distrito. Compromiso por parte de las personas involucradas en el Proyecto.(Psicólogo- Nutricionista-Beneficiarios del Proyecto.)
CASA ABIERTA “CORAZON FELIZ “	100 % adultos mayores con que asistieron a la casa abierta. N° adultos mayor que asistieron a la casa abierta /N° Total ° adultos mayores que participaron del proyecto X 100. 60/60*100= 100 %	Fotos Registro de asistencia.	Compromiso de la Dirección del Distrito. Apoyo financiero del Distrito. Compromiso por parte de las personas involucradas en el Proyecto.(Doctores- Nutricionista-Beneficiarios del Proyecto)
<u>Actividades</u>	Costos	Evidencias.	
Tallimetro	75		
Balanza	50		
Cinta Antropométrica	15		
Computadora	800		

Proyector Infocus	1000		
SENSIBILIZACIÓN SOBRE HTA, OBESIDAD Y CONSECUENCIAS EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Profesional del Área (Médico Internista –Nutricionista –Enfermeras) Power Point Trípticos	300		
TALLER DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES. Profesional del área Transporte a los lugares Presentación de un Power Point Practica Demostrativa (alimentos) Material lúdico (Entrega de trípticos) Material de oficina	200 30 60 30 60		
SECCION EDUCATIVA SOBRE HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS. Profesional del área Lavado adecuado de manos (compra de Jabón líquido, toallas descartables) Lavado de frutas y verduras. (Entrega de un tríptico) Material lúdico Presentación de un Power Point Transporte	70 200 30 30 15 		
TALLER DE LA ELABORACION DE LA DIETA DASH. Presentación de un Power Point Profesional del área	200 200		

Demostración Practica demostrativa (Alimentos) Entrega hoja volante Transporte	20 15		
SECCION EDUCATIVA AGUA VS BEBIDAS GASEOSAS. Profesional del área Presentación de un Power Point Presentación de video Entrega de agua en botellas Transporte 15	200 100 30 15		
TALLER EDUCATIVO DE ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO. Presentación de un Power Point Profesional del área Demostración práctica de ejercicios (Profesional del área) Trípticos Transporte	300 30 30		
SECCION EDUCATIVA DESCANSO ADECUADO SALUD ASEGURADA Presentación Power Point Técnicas de relajación (Profesional del área) Respiración (Profesional del área) Transporte	300 30		

SENSIBILIZACIÓN SOBRE HTA, OBESIDAD Y CONSECUENCIAS Capacitación (Profesional del área) Video Transporte Tríptico	30		
CASA ABIERTA “CORAZON FELIZ” Profesional del Área Equipos de Audio Mesas Manteles Flores Globos Letras Material Lúdico Transporte	400 100 150 15 50 10 10 240 15		
TOTAL	5455		

J. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

VARIABLES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGIA	EVALUACION	MATERIALES
Programa “CORAZON FELIZ” EN EL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASC ULAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS	Concientizar a los adultos mayores sobre la HTA y sus consecuencias	1 sección	Educación interpersonal grupal(Conferencia) Testimonio	El ahorcado	Infocus Computadora Hoja informativa
	Enseñar la importancia de llevar un estilo de vida saludable.	1 sección	Educación interpersonal grupal(Conferencia)	Prueba escrita	Infocus Computadora Hoja informativa
	Instruir sobre la Higiene y manipulación de Alimentos	1 sección	Utilización de TIC"S(Video MSP)	Un juego de cuanto sabe	Infocus Computadora Hoja informativa
	Elaborar Dieta DASH	1 sección	Educación interpersonal grupal(taller demostrativo)	Elaboración de un plato	Alimentos Utensilios Mesas Equipos de cocina
	Inculcar el consumo adecuado de Agua.	1 sección	Educación interpersonal grupal(Conferencia)	Sección preguntas	Infocus Computadora Trípticos
	Concienciar la práctica regular del ejercicio físico	1 sección	Clase práctica de Educación Física	Ejecución completa de una rutina de ejercicios	Lic. Educación Física 1 pito 1 grabadora balones colchonetas
	Enseñar la importancia de descansar las horas adecuadas	1 sección	Educación interpersonal grupal(taller demostrativo)	Elaboración y exposición de un collage	Infocus Computadora Cama Cobijas Almohada Díptico
	Implementar una casa abierta	1 sección	Stand de acuerdo a los temas tratados durante todo el programa	Asistencia de los participantes	Amplificación carpas mesas sillas alimentos material de oficina Aparatos

Número de Participantes del proyecto.

En esta actividad se ha programado capacitar el total de la población objetivo que asciende a 60 pacientes HTA beneficiarias de los dos Clubes de HTA de los cantones de Paute y Guachapala.

TÓPICO DE LOS TALLERES:**El tiempo de Duración del Proyecto es de 8 meses:**

- 1 mes es el diagnóstico y concientización
- 8 Temas (01 tema por Taller)
- 8 Temas en 8 meses de operatividad;
- 08 temas en Conferencia Magistral
- 01 mes de Publicidad para el Proyecto
- 01 semana de Implementación del Proyecto
- 01 semana de Informe Final del Proyecto

TEMAS QUE SE DESARROLLARAN EN EL PROGRAMA

1. Sensibilización sobre HTA, obesidad y consecuencias
2. Taller de hábitos alimentarios saludables.
3. Taller de la elaboración de la dieta DASH.
4. Sección educativa agua vs bebidas gaseosas
5. Taller educativo de actividad física y ejercicio
6. Sección educativa sobre higiene y manipulación de alimentos.
7. Sección educativa cansado de estar cansado
8. Casa abierta “corazón feliz”

SESIONES EDUCATIVAS

QUE ES UNA SESION EDUCATIVA

Es una actividad educativa, en la cual los participantes aprenden diferentes temas de interés para su salud y para su diario vivir, a través de una participación activa y un trabajo grupal.

IMPORTANCIA DE LA SESIÓN

1. Promover el uso de los alimentos nutritivos de la localidad.
2. Conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada.
3. Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales.
4. Conocer la importancia de prevenir los riesgos cardiovasculares.
5. Mejorar nuestras prácticas de alimentación y nutrición para tener una mejor calidad de vida y de salud.
6. Adoptar buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos.

Una Sesión Demostrativa promueve, además:

- La participación activa de todas y todos los asistentes.

COMO ORGANIZAR LA SESION

ANTES DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA:

A continuación, se desarrollan cada una de las actividades previas a la sesión demostrativa.

1. Las responsabilidades: El personal de salud y los agentes comunitarios de salud coordinarán las acciones para desarrollar la sesión demostrativa. Revisarán juntos la Ficha de Organización de las Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos

2. La fecha: Anote la fecha y el horario de la Sesión Demostrativa, teniendo en cuenta que debe ser un día que el equipo de facilitadores e invitados puedan asistir.

3. El local: Busque un local adecuado, con buena ventilación e iluminación. Es necesario que cuenten con agua para el lavado de manos y utensilios, durante y después de la sesión. Asegure un espacio para 4 mesas y 15 sillas o bancos para los participantes.
4. Presentación del programa a las autoridades del MSP y a las autoridades del gobierno autónomo de Paute y Guachapala.
5. Convocar el lanzamiento del programa (MEDIOS DE COMUNICACIÓN)
6. Coordinación con el club de HTA.

Invitación a las personas de los cantones de Paute y Guachapala al PROGRAMA CORAZON FELIZ a través de medios.





La Convocatoria:

En el establecimiento de salud, solicite la participación de adultos mayores que pertenecían a Club de HTA.

- Los invitados deben ser:
 - Adultos mayores
- Prepare las invitaciones registrando el nombre del invitado, fecha, hora y lugar en cada una. Utilice el modelo que le presentamos a continuación.
- Mencione que es un aporte voluntario y recuérdale que lo más importante es su presencia

Sr. (a).....
 Le invitamos a participar
 Del PROGRAMA CORAZO FELIZ ,
 donde aprenderemos juntos a preparar
 comidas ricas, y nutritivas para tu salud.
 Día:..... Hora:.....
 Lugar:.....

¡ Te esperamos !





Al entregar la invitación se explicó sobre el programa y la importancia de la Sesión para asegurar su asistencia.

MATERIALES PARA REALIZAR UNA SECCION EDUCATIVA

Días antes de la sesión, me aseguré de contar con los materiales para eso se realizó una solicitud a la Directora del Distrito que autorice al financiero para la compra de los materiales luego luego en la sesión educativa se llena la Ficha de Control de Préstamo de materiales para sesión demostrativa.

Preparación del Material Educativo de Apoyo

Para desarrollar la sesión necesita contar con trípticos carteles, tarjetas de cartulina, plumones gruesos, masking tape, imperdibles, papel sábana o papelote, tijeras, etc.

Prepara:

- El material de apoyo (Power Point- Papelotes, trípticos y dípticos)
- Solapines con tarjetas de cartulina, papel ó masking tape donde se anota el nombre de cada participante.
- Carteles con mensajes importantes, en letra grande y fácil de leer:

(Medidas aprox. 60 cm. largo x30 cm. ancho)

La elección de los alimentos

- El encargado de la Sesión Demostrativa debe asegurar la provisión o adquisición de alimentos. .

Antes de preparar los alimentos se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Primero lávese bien las manos y luego lave los alimentos.
- En lo posible no agregues sal, azúcar, aceite o condimentos.
- Cocine las verduras poco tiempo para que no pierdan sus vitaminas y mantengan su color y apariencia.

SOCIALIZACION DEL PROYECTO A LAS AUTRIDADES

Este proyecto se socializo a la autoridades de los dos cantones tenientes políticos, alcaldes, y jefes de las comunidades.



DURANTE LAS SESIONES EDUCATIVAS.

La recepción y el registro de participantes

- Uno de los facilitadores se encarga de recibir cordialmente a cada participante. Pregunte y registre en la lista de participantes el nombre completo y la información requerida.
- Escriba el nombre de cada participante en un solapín y colóqueselos a la altura del pecho.

Recuerde:

- Los facilitadores debe tener seguridad y voz firme.
- Deben promover la participación ordenada de los participantes,
- Saber escuchar, aceptar y respetar las opiniones.
- Tratar con respeto y amabilidad a todos los participantes para ganar su confianza.

REGISTRO DE ASISTENCIA

Registro de Asistencia al PROGRAMA CORAZON FELIZ					
Provincia: _____		Responsable: _____			
Canton: _____		Grupo: _____			
Parroquia: _____		Tema Tratado: _____			
Comunidad: _____		Fecha: _____			
N°	Nombres de los participantes	Sexo		Firma	Observaciones
		H	M		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

1. La presentación de los participantes (15 minutos)

El facilitador explica el objetivo de la reunión indicando lo que se realizará en la sesión. Luego explicará la dinámica de presentación. El propósito de este momento es establecer un clima de confianza y despertar el interés de los participantes.

- Los participantes se forman en parejas. Cada uno le dice al otro su nombre, su plato preferido y la fiesta del año que más le gusta.
- Cada pareja presenta a su compañero(a).
 - Luego de presentarse todos, se finaliza con un aplauso general.

2. Motivación. La motivación (10 minutos)

- El propósito es que los participantes reconozcan la situación de salud y nutrición del grupo.

3. INICIO DE LA SESION EDUCATIVA (40 minutos)

Para eso se ha realizado 7 sesiones Educativas más una casa abierta.

SECCION DE APRENDIZAJE N°1

Ítem	Descripción
Competencias	Definiré lo que es HTA y Presión Arterial Conoce los Valores Normales de la Presión Arterial. Conoce las causas de la Hipertensión Arterial y situación actual de HTA Identifica los daños que ocasiona sobre la salud la HTA
DURACION	75 minutos
PARTICIPANTES	30 por cada Grupo. Total 60
MATERIALES	Infocus Computadora Trípticos Marcadores Papelotes

DESARROLLO DE LA SECIÓN EDUCATIVA

MOTIVACION	DURACION 10 minutos
TELA ARAÑA Objetivo: presentación. Materiales: ovillo de lana, integrantes. Desarrollo: una persona toma la punta del ovillo, dice su nombre y tira el ovillo a otra persona y así sucesivamente. Después se hace el proceso inverso, quien tiene el ovillo se lo devuelve a quien se lo dio de inicio	

REFLEXION

Recuperación de saberes previos 5 minutos	Se pidió que los participantes definieran que es la HTA de se trata la HTA sabe cuáles son las consecuencias de esa enfermedad, que daños provoca en su salud.
Conflicto cognitivo. 5 minutos	Se realizó un conversatorio con los participantes acerca de la alimentación actual y los procesos de las preparaciones que ellos realizan, para así observar malos hábitos.
Procesamiento de la información 7 minutos	Presentación de imágenes generadoras donde se mostró de forma clara pacientes con insuficiencia renal, ceguera,

Presentación del tema	Presentación de Power Point Contenido: Se habló sobre el concepto de cada una de las enfermedades no transmisibles, con el vocabulario y en un contexto apto para el entendimiento del público. Hipertensión: Presión excesivamente alta en la sangre que ejerce fuerza sobre la pared de las arterias. Puede traer consecuencias graves como daño al riñón y luego estar conectados a una máquina diariamente. La causa de esta enfermedad son estilos de vida no saludables, el
-------------------------------------	---

	sedentarismo así como también una mala alimentación rica en productos con alto contenido de sal. Presentación de un video Entrega de un tríptico.
Aplicación de lo aprendido	Que compartan con familiares o amigos sobre qué es y qué consecuencias puede tener con sus palabras.
Transferencia a situaciones nuevas	Se hizo énfasis en las consecuencias que estas podrían traer si es que no se tiene el debido cuidado en la alimentación.

EVALUACIÓN

Se hizo la dinámica de **tingo tango** que consiste en que los participantes tenían un pañuelo y este debían de pasar a su compañero que este alado mientras alguien canta tingo tingo y cuando dice tango la persona que se queda con el pañuelo es el que responderá las preguntas con las que se evaluarán si los participantes pusieron atención al tema **y al final se reforzó** .

PPT Adjunto –

Trípticos Adjunto-

Fofos Adjunto-





¿Es de mucho significado la presión alta?

- 8 veces más propensos a un infarto
- 3 veces más, de un ataque cardíaco
- 5 veces más, de falla cardíaca





¿Qué es Presión Alta?

140/90
o más alta

Ídeal:
Menos de
120/80



A photograph of a blood pressure cuff and a stethoscope resting on a white surface.



Causas de Hipertensión

- Obesidad
- Alto consumo de sal



A photograph of a bowl of food, a salt shaker, and a Japanese flag. The text "1/2 de la población adulta" is overlaid on the image.

1/2
de la
población
adulta

Causas de Hipertensión

- Obesidad
- Alto consumo de sal
- Fumar
- Alcohol y cafeína
- Arteriosclerosis
- Inactividad física
- Estrés



¡Las medicinas no curan!



TRATAMIENTO DIETETICO



La alimentación es el pilar fundamental en el tratamiento de la hipertensión.

Esto le ayuda a:

- ⇒ Normalizar los niveles de su presión arterial.
- ⇒ Mantener el peso ideal y buen estado nutricional.
- ⇒ Prevenir complicaciones de su riñón, corazón, esto lo logrará con la visita periódica al médico y a la Nutricionista-Dietista.



RECOMENDACIONES

- ⇒ Realice diariamente actividad física.
- ⇒ Realizar controles periódicos de colesterol y triglicéridos.
- ⇒ Evitar el estrés, tabaco y alcohol
- ⇒ Las formas recomendadas de cocción de las carnes son: al horno, a la parrilla, asado, al vapor, estofado.
- ⇒ Quitar siempre la grasa visible de las carnes al igual que las sopas y consomés antes de consumirlos.
- ⇒ Utilizar utensilios de teflón.
- ⇒ Consumir verduras al vapor a diario.

MÁS VALE PREVENIR



HIPERTENSIÓN ARTERIAL





¿QUE ES LA PRESION ARTERIAL?

Es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias.

¿QUE ES LA HIPERTENSION?

Es el aumento de la tensión arterial por encima de los 140mm/Hg de sistólica y 90 mm /Hg de diastólica.

FACTORES DE RIESGO

- ⇒ Malos hábitos alimentarios
- ⇒ Sobrepeso y obesidad
- ⇒ Sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, estrés
- ⇒ Enfermedad cardíaca de la familia.

GUIA PARA LA SELECCION DE ALIMENTOS

Guía para que seleccione los alimentos bajo en colesterol y saludable para su salud

GRUPOS DE ALIMENTOS	PREFIERA	COMER CON MODERACION	EVITAR
Carne, pollo, mariscos (hasta 6 onzas/día)	Cortes de carne sin grasa, pollo, pescado sin piel, y filete de corvina	Mariscos	Carnes que contengan grasa como ganso, pato, riñones embutidos costillas, chuletas hot dog, enlatados.
Productos lácteos 2 o más porciones/día ; 3-4 para embarazadas y	Leche descremada, yogur dietético, requesón bajo en sal y en grasa (queso tierno)	Leche entera	Leche con chocolate, yogur comercial, nata, quesos maduros y de crema
Huevos	Clara	1 huevo frito en agua a la semana.	Yema de huevo y frito
Pan, cereales, pasta, arroz, arveja seca y frijoles 6 o más porciones día	Toda clase. Preferir granos enteros y cereales integrales.	Bizcochos, panecillos	Pasta y arroz preparados con crema, mantequilla o salsa de queso, donas, pasteles, pan de dulce, galletas hechas con manteca.
Verduras 3 porciones/día	Todas están permitidas, prefiera verduras crudas.		Verduras con mayonesa en cremas y salsas
Frutas 4 o más porciones/días	Todas; de preferencia al natural y con cáscara.		Aguacate y coco
Grasas y aceites	Grasas saludables, maíz, soya	Oliva, ajonjolí, aceitunas, nuez, pistacho, maní	Mantequilla, manteca, mayonesa, crema, aceite de coco
Bebidas	Agua, té, agua simple	Alcohol no más de una onza/día	Bebidas azucaradas y bebidas alcohólicas



SECCION DE APRENDIZAJE N°2

Ítem	Descripción
Competencias	Identifica la importancia del estilo de vida saludable Reconoce las prácticas que determinan un estilo de vida saludable. Poner en práctica estilos de vida saludable
DURACION	75 minutos
PARTICIPANTES	30 por cada Grupo. Total 60
MATERIALES	Infocus Computadora Trípticos Marcadores Papelotes

DESARROLLO DE LA SECCION EDUCATIVA

MOTIVACION	DURACION 10 minutos
Actividad: Peso y talla y Circunferencia de cintura (Como estoy yo) - El facilitador agrupará a los participantes en grupos de 4 personas. - Los grupos de 4 recibirán los resultados del peso y la circunferencia de la cintura de manera personal. - Cada participante tendrá su resultado para conocer los riesgos de salud. Finalmente el facilitador, agradece a todos y presenta el tema a tratar.	

REFLEXION

Recuperación de saberes previos 5 minutos	Lluvia de ideas, se anotó en la pizarra sobre estilos de vida no saludables que conozcan.
Conflicto cognitivo. 5 minutos	Se hizo una discusión sobre por qué ponían en práctica los estilos de vida no saludables.

Procesamiento de la información 7 minutos	Se pidió la participación de 5 adultos mayores y se preguntó que podrían hacer para poner estilos de vida saludable
--	---

Presentación del tema	Presentación de Power Point Contenido: Importancia del estilo de vida saludable Prácticas que determinan un estilo de vida saludable. Entrega de un tríptico
Aplicación de lo aprendido	Buscar ayuda si tienen dificultad de cambiar o necesitan una ayuda profunda. Que realicen un calendario en sus casas y que anoten los días que hicieron algo incorrecto que afecte su salud.
Transferencia a situaciones nuevas	Se pide a los participantes que compartan lo aprendido a sus familiares especialmente hijos nietos

EVALUACIÓN

Se hizo la dinámica el gato y el ratón, que consiste en dar a los participantes cordones de zapatos, en donde el uno tenía que hacer dos nudos y el otro un nudo y la persona que nos ayudaría con sección preguntas era el que se quedaba con los dos cordones.

PPT Adjunto –

Trípticos Adjunto-

Fofos Adjunto-







CONSTRUCTORES

¿DONDE SE ENCUENTAN ?

- ◊ De origen animal (Carne , pollo , huevo pescado ,mariscos, leche , queso)
- ◊ De origen vegetal (frejol , lenteja , habas , arvejas, soja , chocho)

¿BENEFICIOS?

- Su función principal es formar y reparar los ejidos del cuerpo .
- Ayudan al crecimiento de los niños.



AMATE LO SUFICIENTE
COMO PARA LLEVAR
UN ESTILO DE VIDA
SALUDABLE



**PLATO
SALUDABLE**



Una alimentación saludable debe ser

1. variada
2. Equilibrada .
3. Adecuada
4. Completa .



GRUPOS DE ALIMENTOS

PROTECTORES

¿DONDE SE ENCUENTAN ?

Frutas (Manzana , pera, kiwi, piña uva ,sandia , melón , durazno, banana etc.)

Verduras (brócoli , coliflor , cebolla , tomate , pepino , pimiento etc.)

¿BENEFICIOS?

- Su función principal es ordenar el funcionamiento de todos los órganos.
- Protege contra infecciones .



ENERGETICOS

¿DONDE SE ENCUENTAN ?

Arroz , papa ,pan , verde, yuca , fideos ,harinas , mote , choclo , camote .

Maní , almendras , nueces pistachos

¿BENEFICIO?

- Suministran energía al cuerpo, especialmente al cerebro y al sistema nervioso





SECCION DE APRENDIZAJE N°3

Ítem	Descripción
Competencias	Conoce principios básicos como quien es el manipulador de alimentos y cuál es su responsabilidad. Define que es salud y enfermedad. Reconoce los diferentes tipos de contaminación Conoce sobre cuáles son las enfermedades más comunes transmitidas por alimentos. Previene las de enfermedades transmitidas por alimentos.

DURACION	75 minutos
PARTICIPANTES	30 por cada Grupo. Total 60
MATERIALES	Infocus Computadora Trípticos Marcadores Papelotes Jabón Toallas descartables Agua.

DESARROLLO DE LA SECCION EDUCATIVA

MOTIVACION	DURACION 10 minutos
Actividad : Relato de una la Historia • El facilitador agrupara a los participantes en grupos de 4 personas. • Pide que saquen conclusiones y recomendaciones de la historia	

HISTORIA

Mi Nombre es Amber.

Tengo veintitrés años, y pase por algo terrible por causa de una enfermedad llamada Tifoidea. Se lo que están pensando—sólo una joven que tuvo que cargar el por la irresponsabilidad de un grupo de personas

Sean, mi novio, una persona a la que había conocido por mucho tiempo, y al que confiaba le pedí que me invite a comer ese día estaba deseosa por alimentarme y querer compartir un momento agradable con el antes de que sucediera, platicamos de todo. Estábamos listos y sabíamos a qué restaurante íbamos.

Yo sabía que Sean había salido con otras muchachas en el pasado y que él conocía muchos lugares por eso decidí que el escogiera el lugar. Él me dijo que él ya había visitado ese lugar y que la comida era deliciosa, y yo lo acepté. No estaba preocupada ya que yo no le vi nada de raro en ese restaurant había mucha gente y todo aparentemente estaba limpio. Resulta que me hubiera preocupado, porque unos días después, él tenía, como escalofríos, fiebre alta, cefalalgia, tos, dolor de garganta, una sensación generalizada de enfermedad (malestar general), dolor en el abdomen, síntomas de las vías urinarias, y estreñimiento. Y por último más tarde se convirtió en diarrea en " La fiebre alcanzo una meseta después de 7 a 10 días, y le dejo exhausto

Sean no sabía que tenía tifoidea porque se sentía mal y no quiso ir donde un médico ,lo curioso es que yo también comí en ese lugar pero no sentí nada ,y recordando pude notar que yo no me bebí el jugo supongo que eso estaba contaminado con heces u orina de algún individuo infectado que estaba en el servicio de alimentación, y luego empezaron a escucharse rumores de que todos los que habían comido en ese lugar estaban enfermos el MSP acudió al restaurante y empezó a indagar de donde apareció y uno de los trabajadores informo que el cocinero se sentía mal y tenía tifoidea y que el dueño del restaurante no le dio permiso lo que desato que muchas personas estén enfermas y tengan complicaciones de este tipo.

Sean pensó que no era complicado y que pronto le pasaría, pero Las complicaciones pueden incluir deshidratación, perforación intestinal, hemorragia, peritonitis, anemia, neumonía, o inflamación del hígado o el bazo. Las bacterias en el torrente sanguíneo (bacteriemia) pueden dar por resultado infección en los huesos (osteomielitis), las articulaciones (artritis), los riñones (glomerulonefritis), válvulas cardiacas (endocarditis), revestimiento del cerebro (meningitis), y genitales o las vías urinarias. La infección de músculos puede dar por resultado un absceso. La infección también podría afectar a la vesícula biliar y el sistema nervioso central. Y provoco su muerte y hoy es tres meses de su partida.

REFLEXION

Recuperación de saberes previos 5 minutos	En base a las conclusiones se pidió que los participantes nombren los errores que se está cometiendo en sus hogares.
--	--

Conflicto cognitivo. 5 minutos	Se preguntó a los participantes ¿Creen que existen normas al manipular los alimentos?
Procesamiento de la información 7 minutos	Se pidió a los participantes que se laven las manos Luego se enseñó los pasos correctos de lavado de manos y que lavar las manos sin jabón no es lavado de manos.

Presentación del tema	Presentación de Power Point Higiene de los alimentos incluye cierto número de rutinas que deben realizarse al manipular los alimentos con el objetivo de prevenir daños potenciales a la salud. Los alimentos pueden transmitir enfermedades de persona a persona así como ser un medio de crecimiento de ciertas bacterias (tanto en el exterior como en el interior del alimento) que pueden causar intoxicaciones alimentarias. Los alimentos no vigilados pueden ser un transporte de propagación de enfermedades, hay que considerar que desde el mismo instante de su producción hasta el de su consumo los alimentos están constantemente expuestos a las posibles contaminaciones bien sean por agentes naturales o por efecto de la intervención humana.
Aplicación de lo aprendido	Presentación de un video
Transferencia a situaciones nuevas	Compromiso de los participantes a poner practica en sus hogares.

EVALUACIÓN

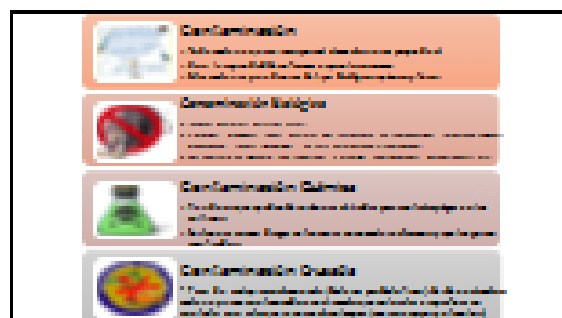
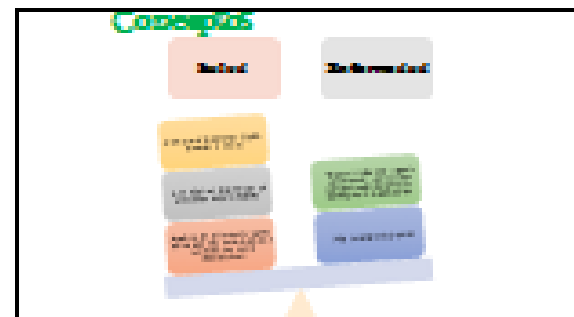
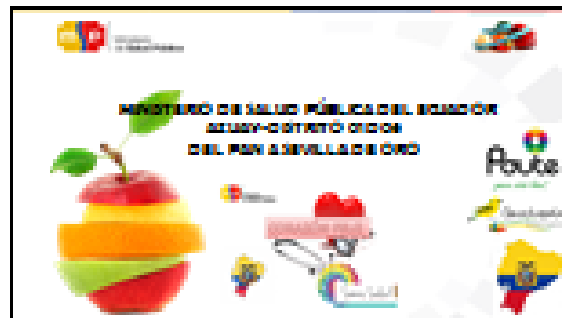
A través de la sección preguntas

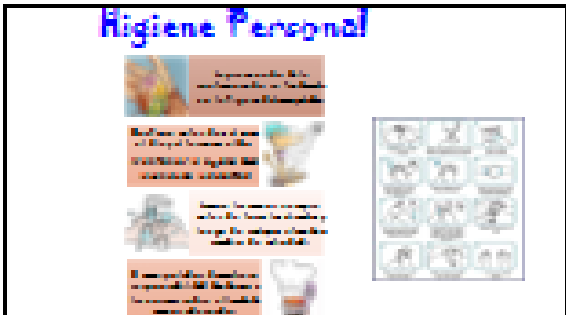
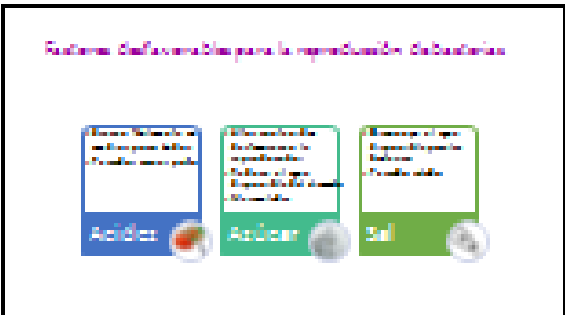
Se dividió al grupo en dos y se pidió que el primer grupo haga las preguntas y el segundo grupo respondieran así se pudo observar si las personas captaron el mensaje que se deseaba transmitir.

PPT Adjunto –

Trípticos Adjunto-

Fotos Adjunto-





Estado de Salud

No
Infectar
Alimento

- Si está enfermo de vías respiratorias
- Estómago
- Heridas de manos e infección de la piel



MANEJO DE SITUACIONES

- Si está enfermo de vías respiratorias, no toque ni prepare alimentos.
- Si está enfermo de estómago, no toque ni prepare alimentos.
- Si tiene heridas de manos o infección de la piel, no toque ni prepare alimentos.
- Si tiene una infección de la piel, no toque ni prepare alimentos.
- Si tiene una infección de la piel, no toque ni prepare alimentos.

MANEJO DE SITUACIONES

- Si está enfermo de vías respiratorias, no toque ni prepare alimentos.
- Si está enfermo de estómago, no toque ni prepare alimentos.
- Si tiene heridas de manos o infección de la piel, no toque ni prepare alimentos.
- Si tiene una infección de la piel, no toque ni prepare alimentos.
- Si tiene una infección de la piel, no toque ni prepare alimentos.

Aspectos clave dentro de la preparación

Ingredientes	Requerimientos	Herramientas	Requerimientos
• Agua • Aceite • Sal • Azúcar • Levadura	• De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad	• De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad	• De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad • De buena calidad



7. Lavarse las manos a menudo.



8. Todas las superficies de la cocina deben estar limpias.



9. Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores, y otros animales.



10. Utilizar agua pura.



CORAZÓN FELIZ



PROMOCIÓN DE LA SALUD



POR LA SALUD DE LA FAMILIA

Higiene de los Alimentos





Selección de

1. Fecha de caducidad y registro sanitario.
2. Frutas y hortalizas en buen estado.
3. Carnes: sin ~~roquedores~~ o parásitos visibles.
4. Pescados: con músculos firmes, ojos brillantes, agallas rojas, escamas bien adheridas, olor característico.
5. Aves: buen color y olor.
6. Leche: pasteurizada o hervida por 10 min.
7. Quesos: observar olor, color, textura.
8. Huevos: frescos, no rotos o amantados con heces.
9. Productos secos: sin impurezas, y en recipientes adecuados.



ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS

Alimento	Temperatura °C	Tiempo
Carnes		
Rebanada	0 a -2.2	3 a 5 días
Molido	0 a -2.2	1 a 2 días
Salchichas	0 a -2.2	1 semana
Carnes cocidas	0 a -2.2	1 a 2 días
Aves		
Pollo, pavo	0 a -2.2	1 a 2 días
Pescados		
Fresco, filete	-1.1	1 a 2 días
Congelado	-1.8	3 días
Huevos	4.4	1 a 2 semanas
Lácteos		
Leche líquida	3.3 a 3.9	5 a 7 días
Mantequilla	3.3 a 4.4	2 semanas
Queso suave	3.3 a 4.4	7 días
Frutas	4.4 a 7.2	2 semanas
Vegetales	4.4 a 7.2	2 semanas

PREPARACIÓN Y COCCIÓN DE LOS ALIMENTOS



1. Cocinar bien los alimentos para eliminar microorganismos.



2. Alimentos congelados (carne, pescado, pollo) deben descongelarse completamente antes de ser cocinados.



3. Consumir inmediatamente con los alimentos,



para evitar la multiplicación de bacterias.

4. Guardar cuidadosamente los elementos cocidos en recipientes de vidrio bien tapados.



SECCION DE APRENDIZAJE N°4

Ítem	Descripción
Competencias	Conoce que es el plan de alimentación DASH, en que se basa el plan DASH. Sabe cuándo y cómo iniciar el plan de la dieta DASH. Conoce como disminuye la presión arterial la Dieta DASH. Sabe cuáles son las porciones y recomendaciones de la Dieta DASH.
DURACION	75 minutos
PARTICIPANTES	30 por cada Grupo. Total 60
MATERIALES	Infocus Computadora Trípticos Marcadores Papelotes Frutas

DESARROLLO DE LA SECCION EDUCATIVA

MOTIVACION	DURACION 10 minutos
Actividad : La canasta revuelta El facilitador haciendo uso de una caja (que contiene los nombres de alimentos –repetidos) distribuye a todos los participantes. Y ellos tienen que buscar su doble sin hablar y el que más rápido encuentre se hace merecedor de una manzana.	

REFLEXION

Recuperación de saberes previos 5 minutos	Sabe de qué se trata la Dieta DASH, Alguna vez lo aplicado.
Conflicto cognitivo. 5 minutos	La Dieta DASH es buena o mala para la salud.

Procesamiento de la información 7 minutos	Se pidió a los participantes que se laven las manos Luego se enseñó los pasos correctos de lavado de manos y que lavar las manos sin jabón no es lavado de manos.
--	---

Presentación del tema	Presentación de un video https://www.youtube.com/watch?v=ZYVsf0-nQEc. Presentación de PowerPoint
Aplicación de lo aprendido	Elaboración de una preparación en base a la dieta DASH
Transferencia a situaciones nuevas	Que en sus hogares empiecen a preparar alimentos equilibrados, variados.

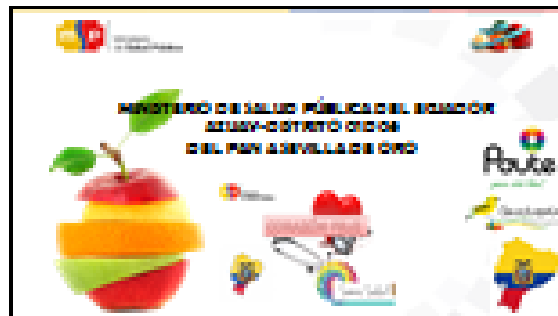
EVALUACIÓN

Cajita de cuanto sabe Consiste en poner en una cajita preguntas sobre el tema expuesto y las personas tienen que sacar responder las preguntas.

PPT Adjunto –

Trípticos Adjunto-

Fotos Adjunto-



¿QUE ES EL PLAN DE ALIMENTACIÓN DASH?

- Investigaciones han demostrado que la alimentación a largo plazo disminuye la presión arterial y la hipertensión. Basado en estudios por el "National Heart Lung and Blood Institute" (Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre) han diseñado un nuevo plan de alimentación que ayuda a reducir la presión arterial en la misma proporción que otros medicamentos.
- El plan de alimentación se llama DASH (que viene del inglés: "Dietary Approaches to Stop Hypertension" y significa "Enfoque Dietético para Parar la Hipertensión").
- Los resultados se pueden observar a los dos semanas de seguir este plan de alimentación.

¿En qué se basa este plan?

Este plan se basa en un aumento de la cantidad de frutas, verduras y cereales, menos de grasa saturada y más de calcio.

Disminución en la cantidad de sodio (sal) y grasas saturadas (grasas de origen animal).

El plan DASH reduce el colesterol, la presión arterial, y más.

Es una dieta que la hipertensión de todo tipo, reduce, ayuda a reducir la presión arterial.

¿Cuándo y cómo puede comenzar este plan?

Lo mejor del plan DASH es que no se necesita gastar mucho dinero comprando alimentos poco habituales puesto que, todos los alimentos requeridos se pueden encontrar en cualquier mercado o tienda de alimentación. Tampoco es necesario hacer comidas especiales solamente para usted.

¿Cómo baja la presión arterial la dieta DASH?

Las frutas, las verduras y los productos lácteos en la dieta DASH tienen alto contenido de calcio, potasio y magnesio. Comer abundante cantidad de esos minerales, y comer menos sodio, grasas saturadas y alimentos procesados, pueden ayudar a bajar la presión arterial.

Consejos para Ayudar a Controlar la Presión/Tensión Alta:

Dieta DASH

Dash Diet

Porciones

Recomendaciones diarias

Frutas

4 - 5 porciones

Recomendaciones diarias para controlar la presión arterial

Recomendaciones diarias

Verduras

4 - 5 porciones

Recomendaciones diarias para controlar la presión arterial

Recomendaciones diarias

Líquidos

2 a 3 porciones

Recomendaciones diarias para controlar la presión arterial

Recomendaciones diarias

Cereales

3 a 5 porciones

Recomendaciones diarias para controlar la presión arterial

Recomendaciones dietéticas



Carbohidratos

Comer: Maíz, Frijol, Pasaño

2 o menos porciones

PROTEÍNAS






2 o menos porciones al día

Recomendaciones diarias



Legumbres,
maíz y cereales

5 a 6
porciones a
la semana





Una porción es 100 gramos de
1. Legumbres cocidas
2. Maíz cocido
3. Cereales cocidos

Recomendaciones dietéticas



Grasas y Azúcares

2 a 3 porciones



1 cucharadita de aceite por día



1 cucharadita de azúcar por día



1 cucharadita de sal por día

Recomendaciones dietéticas



Quitar el azúcar agregado

Si se maneja pastillas o la misma






1. Evitar el azúcar agregado

2. Evitar los granos (Café)

3. Beber leche

Diferencias potenciales para la presión arterial por cambio del estilo de vida		
Intervención	Recomendación	Reducción esperada de la presión arterial (mmHg)
Salud en peso	Perder 5-9 por ciento de peso (valor de referencia de 25-29.9 kg/m ²)	5-9 mmHg
Dieta con alto contenido de fibra	Recomendar 48-49 gramos de fibra por día (valor de referencia de 38-42 g por día)	5-9 mmHg
Salud en actividad física	Recomendar 150 minutos de actividad física por semana (valor de referencia de 75 minutos por semana)	5-9 mmHg
Salud en consumo de alcohol	Recomendar 1-2 vasos de alcohol por día (valor de referencia de 3-4 vasos por día)	5-9 mmHg

Beneficios de la Avena con Respeto® a la Presión Arterial

The Journal of Family Nutrition

Las investigaciones demuestran que consumir avena puede reducir la presión arterial hasta 6.6 puntos y la presión arterial total hasta 4.4 puntos.

Avena con Respeto® es la única avena certificada por la FDA.

- Juan Carlos Gómez y Douglas Speckhardt (comp.) *La Roca desolada en la preservación de los ecosistemas de la zona pampeana*. en: www.icaa.gov.ar/temas/temas/tema_222_223/tema222.htm
- *El PIC (Programa) La roca*, el pasado y el presente de la zona de estudio. Departamento de Geología y Recursos Naturales de la Universidad Nacional de Córdoba. en: www.geologia.unc.edu.ar/temas/tema_222_223/tema222.htm
- *Carta del Corredor Biológico Córdoba-La Pampa*. (comp.) Ministerio de Medio Ambiente en: www.mma.gov.ar/temas/tema_222_223/tema222.htm
- *Plan de Manejo de la Reserva Provincial Parque Nacional El Estero del Indio*. Gobierno de Córdoba. en: www.ambiente.gov.ar/temas/tema_222_223/tema222.htm
- *El Gran Sertón (Programa) (El corredor biológico de la zona de estudio)*. (Working Group The Gran Sertón) en: www.mma.gov.ar/temas/tema_222_223/tema222.htm



SECCION DE APRENDIZAJE N°5

AGUA VS BEBIDAS GASEOSAS

Ítem	Descripción
Competencias	Define de agua. Conoce la composición de nuestro cuerpo a base de agua. Importancia del consumo de agua en la salud. Sabe sobre las contraindicaciones del bajo consumo de agua.
DURACION	75 minutos
PARTICIPANTES	30 por cada Grupo. Total 60
MATERIALES	Infocus Computadora Trípticos Marcadores Papelotes Botellas de agua.

DESARROLLO DE LA SECCION EDUCATIVA

MOTIVACION	DURACION 10 minutos
Actividad: Patos Pollos y gallinas - El facilitador pide a los participantes que se pongan de pie y sigan las instrucciones y empiezan a cantar la canción y hacer la dinámica - Al final se les preguntan si se cansaron y se les entregan una botella de agua.	

REFLEXION

Recuperación de saberes previos 5 minutos	Saber si consume agua, cuantos vasos y cada qué tiempo.
Conflicto cognitivo. 5 minutos	Conoce los valores nutricionales que aportan las bebidas gaseosas.

Procesamiento de la información 7 minutos	Se pidió a los participantes que se laven las manos Luego se enseñó los pasos correctos de lavado de manos y que lavar las manos sin jabón no es lavado de manos.
--	---

Presentación del tema	Presentación de una canción Presentación de PowerPoint Sobre el Agua sus beneficios VS Bebidas gaseosas.
Aplicación de lo aprendido	Se entrega a los participantes una hoja donde se marca en el día cuantas veces han tomado agua.
Transferencia a situaciones nuevas	Impartir lo aprendido amigos familiares.

EVALUACIÓN

Preguntas. Se entrega a los participantes que hagan grupos de tres y en papelotes mediante un dibujo expliquen lo aprendido.

PPT Adjunto –

Trípticos Adjunto-

Fotos Adjunto-



Un vaso de agua **resta** la **sensación de apetito** durante la noche a casi el **100%** de las personas que hacen régimen.

Un estudio de la Universidad de Washington muestra: **Un vaso de agua reduce 30% la sensación de hambre durante el día.**



Estudios preliminares indican que de 8 a 10 vasos de agua al día **podrían aliviar significativamente:**

- Los **dolores de cabeza** y **dolores articulares** en **50%** de las personas que sufren de estos males.



Una menor reducción del **2%** del **agua** en el cuerpo humano puede provocar:

- Las **alteraciones en la circulación de todo el cuerpo.**
- Problemas con la digestión.**



Beber 3 vasos de agua por día **disminuye el riesgo de:**

- Cáncer de colon en **45%.**
- Puede **disminuir el riesgo de cáncer de mama** en **75%.**
- Y en **30%** la **probabilidad de desarrollar cáncer de vejiga.**



¿Usted está bebiendo la cantidad de agua que debería todos los días?



8-10 VASOS



En muchos estados en la USA, las patrullas carroneras cargan dos galones de Coca-Cola en el para-empujar.

Para unificar la mente de **los** caroneros depositar un acido.



Si usted coloca un hueso en un recipiente con Coca-Cola, este se disolvera en **dos** dias.



Para limpiar taras de baño, vacie una lata de Coca-Cola dentro del vaso sanitario y deje por **una hora**, y luego accione la descarga.



El ácido cítrico en la Coca-Cola remove **manchas en la** lona.

Para remover pintura de **acrilica** de los parachoques cromados de autos viejos, frotar el parachoques con un paño de papel de aluminio (usado para envolver alimentos) mojado con Coca-Cola.



Para limpiar corrosión de las terminales de baterías de autos viejos, vacie una lata de Coca-Cola sobre las terminales y deje escurrir sobre la corrosión.





Para soltar un tornillo trabado por corrosión, aplique un paño empapado con Coca-Cola sobre el tornillo herrumbroso por **varios minutos**.



Para remover manchas de grasa de las ropas, vierta un litro de Coca-Cola dentro de la máquina con las ropas afectadas. La Coca-Cola ayudará a **remover la mancha de grasa**.



La Coca-Cola también ayuda a limpiar el parabrisas de los parabrises de los autos.



Para su información: El ingrediente activo en la Coca-Cola es el ácido fosfórico. Su pH es 2.5.

El **disruptor** una **vida en cerca de 6 días**.



El ácido fosfórico también **roba calcio de los huesos** y es el mayor contribuyente para el aumento de la osteoporosis.



recorridos años. Incluso una investigación en Alemania para descubrir el **porqué del adelgazamiento de la columna** en personas a partir de 10 años (osteoporosis).

El **resultado** **de** **Coca-Cola** **por** **debido** **al** **consumo** **de** **los** **pañeros**.




Para transportar los envases con Coca-Cola, los camiones comerciales son identificados con el aviso de Material Peligroso, que es reservado para el transporte de materiales altamente corrosivos.



Los distribuidores de Coca-Cola han usado la Coca para limpiar los motores de sus camiones hace por lo menos 20 años.



Sabían que la Coca light ha sido considerada cada vez más por los médicos e investigadores como bebida de riesgo asociado por causa de la combinación Coca + Aspartame, sospechosos de causar lupus y enfermedades degenerativas del sistema nervioso.



para hornear un jamón Ahumado -vicio Coca-Cola o pepsi en la chimenea para hornear cualquier jamón ahumado y coléguelo ahumar. Treinta minutos antes quitent uno el jamón, quite el aluminio para que las grasas de la gamba untada se doren con el jamón.




Si en por ejemplo la Coca-Cola o pepsi es de 34 milis adictos es un **desempeñamiento** los adictos y la adicción.

Después de 30 años, después de eso aproximadamente de 4 a 14% de los huesos se disuelven cada año a través de la orina, dependiendo de la edad de los adictos (los adictos no dependen del sabor de la comida, sino de la relación de resaca. Cálculo: **resaca** **Adictos**).



Todos los compuestos de Calcio disueltos se acumulan en los **arterias** **venas** **tejidos de la piel** **hígado**. Esto afecta el funcionamiento del **riñón**.

Las bebidas gaseosas son disecantes
naturales (en sentido de deshidratar
y reducir).

Tienen **alta concentración**
de azúcares, ácidos y otros
aditivos colorantes y
aromáticos.




Algunas personas gustan de
una **granada fría** después de
comer. **¿Adaptación del
organismo?**

nuestro cuerpo tiene una
temperatura, óptima de 37
grados por fahrenheit de
las células humanas.

La temperatura de refrigeración
fuerza mucho menor de 37
grados a veces tal de 0°.



Se **reduce la actividad de las células** y
mejora el sistema digestivo al ingerir
menos comida.

La comida **fría** y la **alcohol**
forman parte de una **granada** y así dar
disminución **de la actividad** que
disminuye de la actividad de la
energía y repone por otro tiempo.

El **aportamiento de energía** puede
disminuir varias **energías** de
energía y **energía**.



Continúa a cada vez
se **reducen** los efectos de
una **disminución** de la
cantidad de vaso de Coca-
Cola o Pepsi con el jugo
de un limón verde o
ingrediente por una **energía**
viva.



Fabricación de bebidas de Coca-Cola, Pepsi o cualquier otra gaseosa. Queremos **Reducir de Carbono (CO2)** algunas sustancias que se usan en la fabricación de estas bebidas.

En una mesa ante nosotros comparemos la información brindada por **Coca-Cola y Pepsi** al respecto. El gas que se usa en la fabricación de estas bebidas es el **dióxido de carbono** (CO2) que se produce en la **industria** y se libera a la atmósfera. Este proceso es el mismo que el que ocurre en la **respiración** humana. El CO2 que se libera a la atmósfera es el mismo que el que se libera en la **respiración** humana. El CO2 que se libera a la atmósfera es el mismo que el que se libera en la **respiración** humana.

Algunos puse un **diámetro** en una botella de Pepsi y a los **10 días** se **desinfla**.

Los **diámetros** y los **límites** de los **órganos** humanos que **se inflan** por muchos años después de la **muerte**.



Como puse un **diámetro** en un vaso de Coca-Cola y al **fin** ya no quedaba **ni rastro** del **clavo**.

¡Imagínate lo que hace un **rebrezo a tus intestinos!**




Además las gaseosas contienen **ácido fosfórico** (ácido fosfórico) que pasa a la **sangre** reduciendo rápidamente la **actividad** de la **glándula** (Glándula).

Terminando en una **crisis** **insoluble** y **mortal** sin **corazón** **que** **se** **desmenuza** **que** **destruye** **los** **vases** **sanguíneos** **y** **los** **riñones**.



Debes pensar en todos los **convulsos** de Coca-Cola, Pepsi o cualquier otra gaseosa, una **adivinanza** como la de los **cigarrillos**.

¿Adivinanza? ¿Adivinanza? ¿Adivinanza? ¿Adivinanza? ¿Adivinanza? ¿Adivinanza?





¿Toma de agua diariamente?

SI

NO

¿Cuantos Vasos?



SECCION DE APRENDIZAJE N°6
ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO

Ítem	Descripción
Competencias	Diferencias entre actividad y ejercicio físico. Conoce sobre los beneficios del ejercicio. Sabe que peligros de la inactividad. Conoce los tipos de ejercicio que se pueden realizar. Guía de ejercicio moderado.
DURACION	75 minutos
PARTICIPANTES	30 por cada Grupo. Total 60
MATERIALES	Infocus Computadora Trípticos Marcadores Papelotes Pelotas Ula ula.

DESARROLLO DE LA SECCION EDUCATIVA

MOTIVACION	DURACION 10 minutos
Actividad : Patos Pollos y gallinas - El facilitador pide a los participantes que se pongan de pie y sigan las instrucciones y empiezan a cantar la canción y hacer la dinámica - Al final se les preguntan si se cansaron y se les entregan una botella de agua.	

REFLEXION

Recuperación de saberes previos 5 minutos	Entrega de guía
Conflicto cognitivo. 5 minutos	Presentación de un estudio

Procesamiento de la información 7 minutos	
---	--

Presentación del tema	Presentación de PowerPoint Actividad y ejercicio físico.
Aplicación de lo aprendido	Realización de sección de ejercicios
Transferencia a situaciones nuevas	Aplica los 10 ejercicios aprendidos en su hogar

EVALUACIÓN

Preguntas.

Se pide a los participantes que realicen un ejercicio que han aprendido.

PPT Adjunto –

Trípticos Adjunto-

Fotos Adjunto-





"Tomó, pues, Jehová Dios al hombre, y le puso en el huerto del Edén, para que lo labrara y lo guardase."
Génesis 2:15



Peligros de la Inactividad

- Enfermedades cardíacas
- Diabetes
- Osteoporosis
- Cáncer
- Ansiedad y depresión



"La inactividad es tan perjudicial como fumar o tener altos niveles de colesterol."



Beneficios a la Circulación

- Baja la presión arterial
- ~~elevara~~ ^{mejora} la circulación
- Baja el colesterol
- Baja el pulso en reposo





Beneficios Mentales

- Mejora la sensación de bienestar
- Aumenta la energía, la eficiencia y la resistencia
- Disipa la depresión
- Reduce el estrés
- Mejora la calidad del sueño



A close-up photograph of a person with blonde hair sleeping peacefully in a bed, covered with a white blanket. The person's face is relaxed, and their eyes are closed.



¿Qué clase de ejercicios?



Ejercicio Moderado

	Calorías quemadas en 30 minutos	
	Mujeres	Hombres
Natación	114	14
Jardinería	12	4
Caminata rápida	6	15
Ciclismo	16	0
Cortar leña	5	19
	7	21

Guía para Ejercicio Moderado

- Practique algún ejercicio casi cada día
- Debe sumar un total de 30 minutos diarios
- Puede ser dividido durante el día



Estudio Sobre el Ejercicio

Entre 20 y 82 años



El ejercicio disminuyó a la mitad el número de muertes







ALIMENTACIÓN



Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana.

Para comer sano se recomienda:

- ⇒ Distribuya los alimentos en 3 comidas principales y 2 colaciones
- ⇒ Modere el tamaño de las porciones
- ⇒ Consuma por día 3 frutas y 3 porciones de verduras de todo tipo y color preferentemente crudas
- ⇒ En el almuerzo y en la cena, la mitad del plato que sean verduras y de postre una fruta
- ⇒ Incorpore legumbres, cereales integrales, semillas y frutas secas.
- ⇒ Consuma carnes rojas o blancas (pollo o pescado) no más de 5 veces por semana.
- ⇒ Cocine sin sal. Reemplácela por perejil, albahaca, tomillo, romero y otros condimentos.
- ⇒ Evite el uso del salero en la mesa.



PAUSAS ACTIVAS

Ejercicios para relajar

Si pasas mucho tiempo sentado, practica estos ejercicios para relajar los músculos.



¿Qué son las pausas activas? Las pausas activas son ejercicios de 15 minutos donde las personas hacen movimiento de cadera, cuello, manos y piernas con el fin de relajar los músculos que por las largas horas de estar sentados y sin movimiento generan tensión en el cuerpo.



Actividad Física



Estilo de Vida Saludable

Azuay- Dirección Distrital 01D06



¿CÓMO TENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE?

EJERCICIO FÍSICO



El Ejercicio Físico te ayuda a:

- Mejorar tu circulación
- Fortalecer tus piernas
- Despejar tu mente y fomentar tu creatividad
- Prevenir enfermedades como diabetes, infartos y derrames cerebrales
- Relajar y liberar tensiones emocionales y musculares
- Quemar toxinas y grasa excesivas
- Oxigenar tu cuerpo
- Fortalecer tu sistema cardiovascular

AGUA

Importancia del Agua



Transportar los glóbulos rojos con oxígeno a los músculos

Eliminar el anhídrido carbónico a través de la respiración



Regular la presión arterial para el buen funcionamiento del corazón y la circulación.

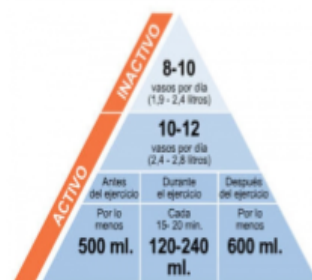
Hidratación

Durante la actividad física, tu cuerpo pierde mucho líquido a través de la sudoración ya que precisa mantener su temperatura en 37 grados y lo logra evaporando agua a través de la piel.



El sudor está compuesto por 99% de agua y algunos nutrientes, principalmente sodio y cloro; y en cantidades muy pequeñas, potasio, magnesio, calcio, hierro, cobre y zinc.

Pirámide de la hidratación



¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE REPONER EJOS NUTRIENTES EN MINUTO?

- ⇒ Es esencial que una bebida de rehidratación contenga sodio. Además, si se le suma azúcar a la bebida, mejora el sabor y ayuda a que el organismo asimile el agua y el sodio más rápido.
- ⇒ No tomar gaseosas, preparados con cafeína o alcohol (por su efecto diurético), y los jugos de frutas ácidas (naranja, limón, etc.).
- ⇒ Una forma práctica de estar bien hidratado los días que practicas una actividad física es tomar agua fría a pequeños sorbos antes y durante el entrenamiento.

GUÍA BÁSICA PARA LA CORRECTA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS

La pausa activa incluye un rutina de ejercicios de elongación de diferentes grupos musculares y movilidad articular; se realiza en un breve espacio de tiempo en la jornada laboral con el fin de activar la respiración, la circulación sanguínea, la energía corporal y prevenir lesiones denominadas micro-traumáticas (son aquellas que aunque no se realicen esfuerzos importantes la repetición reiterada del estímulo genera inflamación y dolor; ejemplos habituales pueden ser las contracturas cervicales, dorsales y lumbares, o tendinitis de los músculos que mueven los dedos y el puño en usuarios de computadoras durante muchas horas de la jornada laboral, etc.)

Rutinas sugeridas:

(7 – 10 minutos)

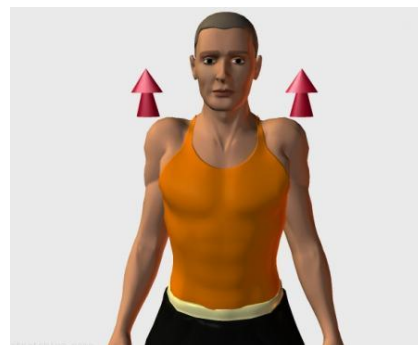
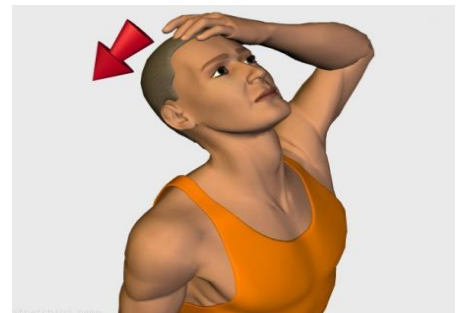
Frecuencia: 2 sesiones diarias (mañana y tarde)

CABEZA Y CUELLO

Indicaciones:

Iniciamos con 2 minutos de ejercicios respiratorios suaves (inspiración elevando brazos vertical y horizontalmente y exhala al retornar a la posición inicial)

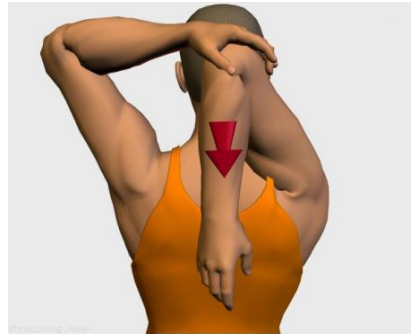
Sostenemos cada elongación 5 segundos y repetimos mínimo tres veces por cada lado



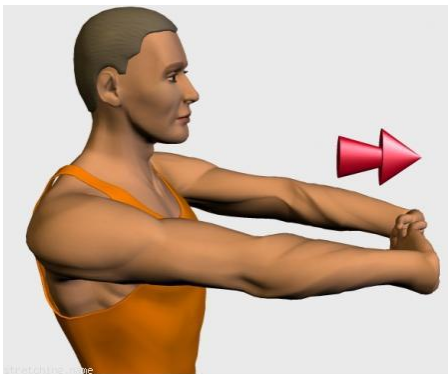
ESPALDA Y BRAZOS

Indicaciones:

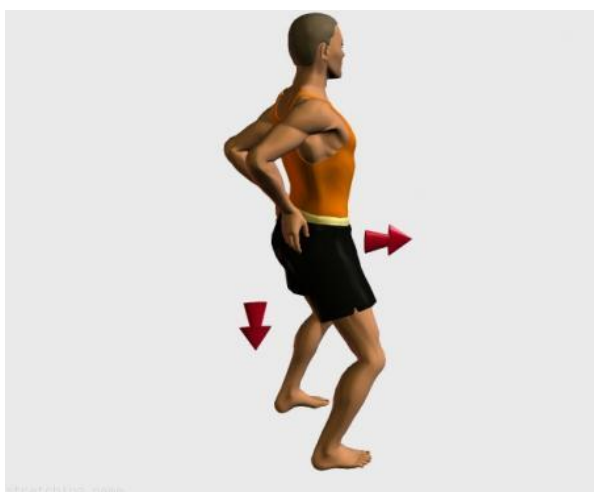
Sostenemos cada elongación 5 segundos y repetimos mínimo 3 veces por cada lado



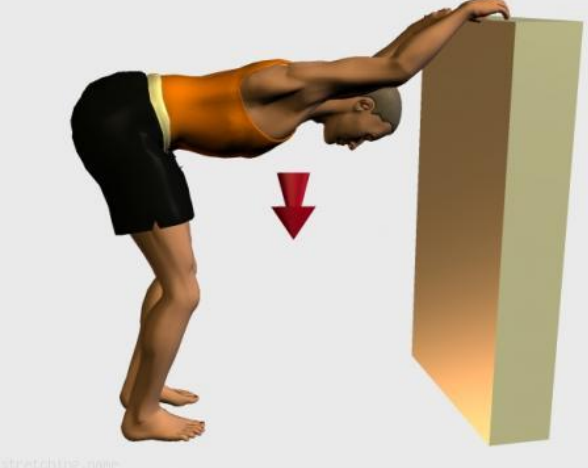
BRAZOS Y MANOS

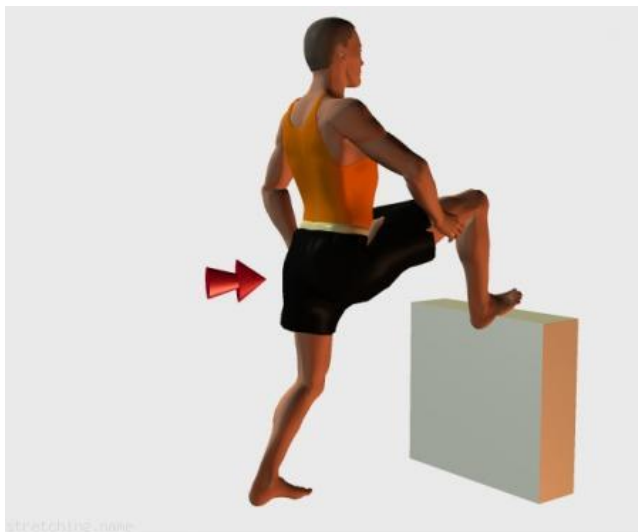
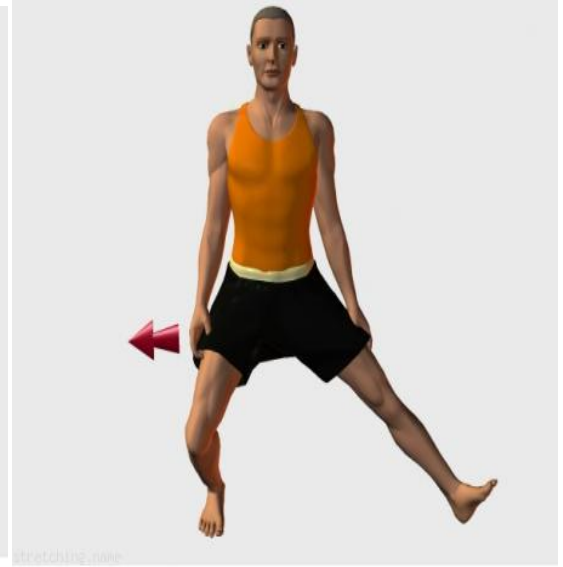


DORSO LUMBAR



MUSLO Y PIERNAS





RECOMENDACIONES

- Iniciar cada sesión con ejercicios respiratorios
- Cada elongación debe durar mínimo 5 segundos y repetirse 3 veces
- Las elongaciones deben ser suaves y no provocar dolor (solo al punto de sentir un Moderado estiramiento de la zona alongada)
- La elongación debe ser firme y sostenida NO REBOTAR mientras se la realiza
- Se escogerá mínimo tres ejercicios por cada zona
- Mientras ejecutamos el movimiento inspiramos profundo y exhalaremos al retomar la posición inicial.

Se alternará las actividades de elongación muscular con otras como caminar (7 a 10 min) con cadencia (tranco) lenta o subir y bajar escalones

Imágenes: www.estiramientos.es



SECCION DE APRENDIZAJE N°7
CANSADO DE ESTAR CANSADO

Ítem	Descripción
Competencias	Define que es el descanso Sabe cuáles son las horas adecuadas del descanso. Conoce los efectos de la falta de sueño. Sugerencias para mantenerse descansada.
DURACION	75 minutos
PARTICIPANTES	30 por cada Grupo. Total 60
MATERIALES	Infocus Computadora Trípticos Marcadores

DESARROLLO DE LA SECCION EDUCATIVA

MOTIVACION	DURACION 10 minutos
Actividad :	

REFLEXION

Recuperación de saberes previos 5 minutos	¿Qué es descanso?
Conflicto cognitivo. 5 minutos	Descansa bien, que tiempo cree que es el adecuado.
Procesamiento de la información 8 minutos	Presentación de un video https://www.youtube.com/watch?v=j5Nd-xdohwI .

Presentación del tema	Presentación de PowerPoint
Aplicación de lo aprendido	Tratar de descansar a las horas adecuadas.
Transferencia a situaciones nuevas	Realización de masajes

EVALUACIÓN

Preguntas Se hace preguntas a todos los participantes.
--

PPT Adjunto –

Trípticos Adjunto-

Fotos Adjunto-





Acumulación del Sueño Perdido

1 hora/día

7 horas/
semanales

1 noche entera



Efectos de la Falta de Sueño



Disminución en la resistencia



Sistema Inmune debilitado



Disminución de la Eficiencia Mental

- Lentitud en los procesos mentales
- Dificultad para concentrarse







Las Funciones Mentales Superiores Comprometidas

- El aprendizaje
- El razonamiento
- La seguridad
- La eficiencia
- Las capacidades de comunicación
- Las relaciones

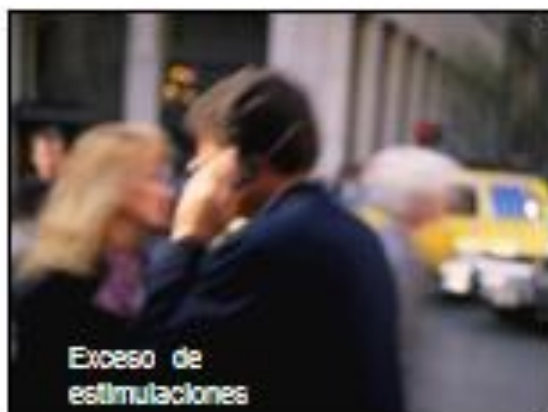


Causas del Déficit de Sueño

- Televisión e Internet
- Deportes y entretenimiento
- Exceso de trabajo y turnos nocturnos
- Estrés y ansiedad
- Ambientes ruidosos
- El uso de
- ~~Estimulantes~~ sedentario



Examine las
prioridades



Exceso de
estimulaciones

¿Habrá algún impacto espiritual por falta de sueño?



¿Correcto o incorrecto?



La privación de sueño y el lavado mental



¿Cuánto sueño necesitamos?



**Sugerencias para
Mantenerse
Descansado**



Horario regular

Ejercicio diario



**Coma una
dieta
saludable**



**Descanso
semanal y
recreación**



**Evite el alcohol
y otros estimulantes**







ayuda a la relajación de hombros y brazos



Ayuda a descomprimir los discos ntervertebrales

RELAJACIÓN DE MANOS



Abra y cierre las manos



Rote la muñeca



CUERPO ACTIVO MENTE SANA



SESION DE APRENDIZAJE 8

CASA ABIERTA “CORAZON FELIZ “

OBJETIVOS: Implementar una casa abierta.

COGNITIVO

- 8 Principios de salud.

ACTITUDINAL

- Demostración de los 8 principios de salud
- Retroalimentación de los temas tratados y adquisición de nuevos conocimientos.

PROCIDIMENTAL

- Visitas de Stand de cada principio de salud.

N°	ACTIVIDAD	Tiempo	RESPONSABLE
	Inaguracion	10	Directora del Distrito.
	Canto Himno Nacional	10	
	Visita a los stand 10 stand ADELANTE.	180	Funcionarios del MSP.
	Clausura y entrega de certificados de participación.	10	N.D Mayra Cabrera P



ayuda a la relajación de hombros y brazos



Ayuda a descomprimir los discos intervertebrales

RELAJACIÓN DE MANOS



Abra y cierre las manos



Rote la muñeca



CUERPO ACTIVO MENTE SANA



¿QUÉ SON ?

Son actividades físicas realizadas en breves espacios de tiempo en el día para que las personas recuperen energía para un eficiente desempeño en sus jornadas diarias.

¿ BENEFICIOS DE LAS PAUSAS ACTIVAS ?

1. Disminuye el estrés.
2. Favorece el cambio de posturas y rutina.
3. Libera estrés articular y muscular.
4. Estimula y favorece la circulación.
5. Mejora la postura.
6. Favorece la autoestima y capacidad de concentración.
7. Motiva y mejora las relaciones interpersonales, promueve la integración social.
8. Disminuye la fatiga
9. Activa la circulación sanguínea
10. Mejora la respiración

¿ TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN ?



De pie levantado los brazos y los talones inhale aire por la nariz llevando aire hacia la parte inferior del tórax hacer cinco respiraciones .

EJERCICIOS

Estiramientos generales



Le ayudara a la relajación de los músculos de la zona cervical .



Favorece la circulación sanguínea

¿Cómo se evita?

Separando alimentos
crudos de cocidos



Lavando los equipos y
utensilios entre uso y uso



Usando servilletas de papel
en vez de trapos de tela



Lavando las manos
entre tareas



- Utilizar cuchillos y tablas de picar para cada grupo de alimento.



CONTAMINACIÓN CRUZADA



CONTAMINACIÓN CRUZADA

¿QUÉ ES?

La contaminación cruzada es la transferencia de bacterias peligrosas de un alimento a otro.



FORMAS DE CONTAMINACIÓN

- Directa
 - De alimento a alimento
- Indirecta
 - Del personal a alimentos
 - De Utensilios - equipos a alimentos

DIRECTA

DE ALIMENTO A ALIMENTO

Cuando un alimento listo para comer es contaminado con bacterias, virus u otras sustancias dañinas, de otro alimento.



INDIRECTA

DEL PERSONAL A ALIMENTO

- Tocar alimentos listos para comer con las manos desnudas (sin guantes). Y si las manos están sucias el problema es aún más grave.
- El personal no debe usar ropa sucia para preparar los alimentos.



INDIRECTA

DE UTENSILIOS-EQUIPOS A ALIMENTO

- Se produce cuando se utilizan utensilios o equipos que no han sido saneados para preparar o colocar alimentos que no serán cocidos posteriormente.
- El personal utiliza el mismo cuchillo que pica carne cruda para rebanar el pan que se servirá con la sopa del almuerzo.
- El personal utiliza la misma tabla de picar para todo tipo de alimentos.



b. Origen vegetal



MENESTRAS SECAS: Fréjol, lenteja, pallar, habas, alverjas, etc. **MENESTRAS FRESCAS:** Alverja, fréjol, pallar, Habas, etc.

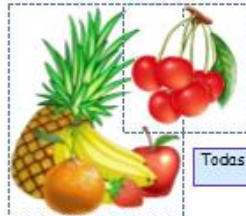
3 PROTECTORES

Protección de las enfermedades



Los protectores se clasifican en 2 Grupos pequeños

a. Frutas



Todas las Frutas

b. Verduras



Todas las verduras

Los protectores nos dan: Vitaminas, Minerales y Fibra.



CONOCIENDO LOS GRUPOS DE ALIMENTOS



Los alimentos se clasifican en 3 grandes Grupos

1 ENERGÉTICOS

Dan energía y fuerza



Para realizar todas nuestras actividades.

Los Energéticos se clasifican en 4 Grupos pequeños

a. Tubérculos



Papa, camote, yuca, melloco, etc.

b. Cereales



INTEGRALES: Maíz, trigo, avena, cebada, centeno, quinoa, machica, **REFINADOS:** pastas, arroz, harinas, pan blanco, etc.

c. Azúcares



Azúcar, miel, melaza, mermelada, caramelos, etc.

d. Grasas



ORIGEN ANIMAL: mantequilla y manteca. **ORIGEN VEGETAL:** aceite, aceituna, ma-

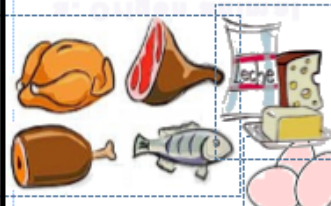
2 CONSTRUCTORES Crecimiento

Formación de músculos



Los Constructores se clasifican en 2 Grupos pequeños

a. Origen animal



ORIGEN ANIMAL: carne de res, pescado, pollo, pavo, leche, queso, yogurt, huevos, etc.

Consejos para tomar el sol con precaución

- ⇒ Ciertos estudios recomiendan exponerse a la luz solar no más de entre 10 a 15 minutos, dos o tres veces por semana.
- ⇒ Es importante que tanto los niños como los adultos se protejan los ojos ya que los rayos ultravioleta son dañinos para la vista.
- ⇒ Aplica el protector solar media hora antes de exponerte al sol, con la piel completamente seca.
- ⇒ No se exponga excesivamente a la irradiación solar que es una de las causas del cáncer de piel.



El Don del Cielo

Luz Solar

"Y dijo Dios: sea la luz: y fue la luz. Y vio Dios que la luz era buena."



Beneficios de la exposición a Luz Solar

- *Producción de vitamina D en la piel.
- * Evita la Osteoporosis.
- *Aumento del tono muscular que mejora la potencia y el rendimiento motor, sin aumentar el volumen del músculo.
- *Activa la elaboración de los glóbulos rojos y de la hemoglobina que capta el oxígeno a nivel del pulmón.
- *El baño de luz regular activa el sistema responsable de la inmunidad.
- *Mata las Bacterias.
- *La falta de sol es una de las causas de las infecciones que afectan al ser humano.



•Eleva el ánimo.

•Baja la presión sanguínea y los niveles de colesterol.

•Alivia el dolor

•Está demostrado que los rayos ultravioleta del sol aceleran el envejecimiento de la piel al dañar irremediablemente las células cutáneas más profundas.



Recomendaciones

- ⇒ ¡Nunca se queme!
- ⇒ Se recomienda no tomar el sol entre las 11:00 pm y las 17:00 pm, hay que tener en cuenta en que altitud nos encontramos.
- ⇒ La altitud influye mucho, a los 1250 m la intensidad de luz es un 20 % mas fuerte que en el nivel del mar.
- ⇒ Un cielo nublado no indica que los rayos solares no lleguen hasta nosotros.

- ⇒ No se aconseja exponerse al sol después de haber usado algún perfume o loción con alcohol.
- ⇒ Elige un producto solar adecuado a tu piel y a tu resistencia al sol. Si no sabes cuál es, descubre tu fototipo.
- ⇒ Abra su casa.

Escuela de Promoción de la Salud

Dirección: Km 14 y 1/2 vía Quevedo

ITS AE CADE

Reduce tu estrés!!

•El pescado (aporta ácidos grasos omega 3, un nutriente esencial y necesario para un adecuado desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso; además contienen fósforo, un mineral de vital importancia en las membranas celulares)

•Los aceites y frutos secos (contienen vitamina E, un potente antioxidante que protege a las neuronas de los radicales libres y son fuente de ácidos grasos esenciales -omega 3, 6 y 9-, sustancias que ayudan a mejorar la comunicación entre neuronas).



Formula anti-estrés
Primero no te preocupes por las cosas pequeñas
Y segundo recordar que casi todas las cosas en esta vida, son pequeñas.
Adam J. Jackson



Manejo del Estrés

"Pueden porque creen que pueden"



Manejo del Estrés

¿Que es el Estrés?



Es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. (OMS)

¿Cómo manejar el estrés?

El manejo del estrés implica controlar y reducir la tensión que ocurre en situaciones estresantes, haciendo cambios emocionales y físicos.

•Practique ejercicio con regularidad

•Convierta la relajación en una parte regular de su vida.

•Rutinas de descompresión.

•Tómese tiempo para jugar

•Desarrolle un buen sentido del humor

•Estructure un fuerte sistema de apoyo emocional.

•Desarrolle una potente fuente de apoyo espiritual.



•Desarrolle una potente fuente de apoyo espiritual.
•Absténgase de compararse con los demás

•Limite el número de compromisos que contras
•Utilice su imaginación

•Aumentar el número de cosas positivas que se diga sobre usted mismo

•Céntrese en éxitos pequeños y en experiencias positivas

•Practicar hacer cumplidos genuinos a los demás

•Identifique y recuerde sus puntos fuertes

•Identifique sus debilidades y lo mejor, trabaje sobre los pensamientos que tiene sobre ellas.

•Cuide de sí mismo (egoísmo altruista) y de los demás.

Alimentación

Una buena alimentación nos ayuda a evitar el estrés, nos fortalece y da energía para contrarrestar el daño



que la tensión y la angustia nos causan.

•Es importante conocer aquellos alimentos que influyen en el correcto funcionamiento del cerebro para incluirlos en la dieta.

•Estos son: los cereales y las legumbres (contienen vitaminas del complejo B, que participan en importantes reacciones del sistema nervioso)

•Las frutas y hortalizas (protegen al cerebro por su alto contenido de varios antioxidantes)

•Las carnes (aportan proteínas de alto valor biológico; además, las rojas aportan hierro -un mineral que ayuda a transportar el oxígeno al cerebro)



CASA ABIERTA “CORAZON FELIZ”



ACTIVIDADES PREVIAS

Presentación del programa a las autoridades del MSP y a las autoridades del gobierno autónomo de Paute y Guachapala.

Coordinación con el grupo de trabajo

Convocar el lanzamiento del programa

Coordinación con el club de HTA .

INVITACION PARA EVENTOS



 /SaludEcuador
  @Salud_Ec
www.salud.gob.ec



¿Ya comiste la fruta de la mañana? Aún estás a tiempo.

Frutívoros

Consume tres frutas al día para mantenerte saludable:
 en los refrigerios de 1/2 mañana, en el almuerzo y 1/2 tarde,

Las frutas te dan vitaminas, minerales y antioxidantes que ayudan a combatir el envejecimiento de la piel.





Ministerio de Salud Pública





Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud
La Coordinación Zonal 6 Salud

CERTIFICA

AL: SR. _____

Por haber participado en el Programa "CORAZON FELIZ", que tiene como objetivo fortalecer y aplicar los conocimientos respecto a las prácticas de vida saludable en las y los Adultos mayores del CLUB DE HIPERTENSOS Zona 6 Salud.

N.D Mayra Cabrera
NUTRICIONISTA DEL DISTRITO 01D06



"La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, es la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, asegurando que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud".

SOCIALIZACION DEL PROYECTO A LAS AUTRIDADES



CONSULTA EXTERNA



VISITAS DOMICILIARIAS



		MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR													
		DISTRITO O1D06													
		PRE TEST													
PAUTE															
		TOS DE FILIACIACION			DATOS ANTROPOMETRICOS									TENSION ARTERIAL	
Nº	FECH A	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE H.C.L	EDAD (AÑOS)	SEXO	PESO(kg)	Talla(cm)			IMC	C.CINTUR A	C.CADER A	I.CINT.CADE RA	TAS	TAD
1	Marzo	Aurora Atienda	55	75	F	44	1,5	1,5	2,25	19,6	96	98	0,98	170	80
2	Marzo	Filomena Caguana	7449	85	f	51	1,43	1,43	2,0449	24,9	92	93	0,99	130	68
3	Marzo	Elvira Barrera	224	66	F	67	1,54	1,54	2,3716	28,3	95	97	0,98	120	70
4	Marzo	Claudia Condo	663	68	F	61	1,44	1,44	2,0736	29,4	95	95	1,00	120	70
5	Marzo	Rosa Martinez	1179	64	F	63	143	143	20449	0,0	89	90	0,99	110	80
6	Marzo	Rosa Vallejo	1197	64	F	61	1,42	1,42	2,0164	30,3	96	98	0,98	115	80
7	Marzo	Carlos Garnica	1259	67	M	56	1,58	1,58	2,4964	22,4	82	85	0,96	140	80
8	Marzo	Maria Astimbay	1575	66	F	88	1,55	1,55	2,4025	36,6	103,5	103	1,00	120	80
9	Marzo	Maria Lozada	2738	67	F	70	1,58	1,58	2,4964	28,0	99	97	1,02	90	60
10	Marzo	Nancy Llivisupa	2789	78	F	68	1,4	1,4	1,96	34,7	99	100	0,99	120	80
11	Marzo	Maria patiño	3371	68	F	62	1,45	1,45	2,1025	29,5	97	99	0,98	140	90
12	Marzo	Ana Yasaguano	4169	65	F	68	1,48	1,48	2,1904	31,0	108	111	0,97	130	80
13	Marzo	Maria Orellana	10663	64	F	64	1,52	1,52	2,3104	27,7	101	103	0,98	130	80
14	Marzo	Maria Barrera	663	63	F	67	1,52	1,52	2,3104	29,0	101	99	1,02	130	80
15	Marzo	Maria Gomez	11295	66	F	52	139	139	19321	0,0	88	89,5	0,98	100	70
16	Marzo	Maria Yupangui	11577	74	F	63	1,53	1,53	2,3409	26,9	94	95	0,99	110	70
17	Marzo	luz Chungata	13257	72	F	81	1,44	1,44	2,0736	39,1	94	95	0,99	150	80
18	Marzo	Maria Coronel	14072	69	F	66	1,51	1,51	2,2801	28,9	103	105	0,98	110	70
19	Marzo	Maria Viri	15784	65	F	81	1,45	1,45	2,1025	38,5	105	104	1,01	110	70
20	Marzo	Maria Agudo	19129	64	F	66	1,51	1,51	2,2801	28,9	101	104	0,97	140	90
21	Marzo	Teresa Ali	19764	66	F	61	1,53	1,53	2,3409	26,1	98	100	0,98	120	70
22	Marzo	Laura Rea	21077	70	F	105	1,58	1,58	2,4964	42,1	116	120	0,97	130	80
23	Marzo	Maria Auilar	21157	65	F	65	1,42	1,42	2,0164	32,2	100	102	0,98	120	70
24	Marzo	Jose Bermeo	22200	64	M	80	1,64	1,64	2,6896	29,7	108	100	1,08	140	100
25	Marzo	Carmen Sanches	24012	67	F	59	1,49	1,49	2,2201	26,6	98	97	1,01	110	70
30	Marzo	Maria Ortiz	1445	68	F	57	1,39	1,39	1,9321	29,5	97	98	0,99	130	80

