

**TESIS DE TERMINACIÓN DE RESIDENCIA PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA DE 1ER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

TÍTULO:

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS DE
HIPERTENCIÓN ARTERIAL EN PACIENTES GERIÁTICOS HIPERTENSOS
CONSULTORIO 7. RODAS 2019-2021.**

Institución Ejecutora Principal del Proyecto:

Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez

Dirección:

Autor:

Dr. Marbelis Aday Morfa

Residente de 3er Año de Medicina General Integral

Tutor(a):

Dra. Ivette Cepero Pérez.

Especialista de I Grado en MGI, Geriátría y Gerontología.

Asesor(a):

Dra. Dairelys Muñoz Nuñez.

Especialista de I Grado en MGI.

Rodas 2021

“Año 63 de la Revolución”

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Título: Intervención educativa sobre conocimientos de Hipertensión Arterial en pacientes geriátricos hipertensos. Consultorio 7. Rodas 2019-2021.

Institución Ejecutora Principal del Proyecto: Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez

Dirección: Máximo Gómez

Jefe del Proyecto: Dr. Marbelis Aday Morfa. Residente de 3er Año de Medicina General Integral

Tutor(a): Dra. Ivette Cepero Pérez.

Especialista de I Grado en MGI, Geriatria y Gerontología.

Asesor(a): Dra. Dairelys Muñoz Nuñez.

Especialista de I Grado en MGI.

Teléfono: 55413941

Fecha de Inicio: mayo 2019

Fecha de Terminación: mayo 2020

AGRADECIMIENTOS

La realización de un trabajo científico, en esta época, es el producto del esfuerzo fusionado de un colectivo de compañeros, que este trabajo no escapa de ello.

Siempre que se pretende nombrar a todos los que han hecho realidad una tarea de esta envergadura puede sin uno quererlo omitir un nombre, por esta razón es que tenemos el criterio de no exponer una lista de estos.

Sin embargo, estamos convencidos que tanto aquellos, que con su esfuerzo han hecho posible este trabajo pueden verse reflejados en cada uno de los capítulos en que se divide esta tesis.

A la familia más que nada por apoyarnos siempre en cada instante, por alegrarnos y distraernos en cada minuto de estrés, un beso muy especial.

A todos ellos nuestro agradecimiento.

EXERGO

No hay problemas sin solución si lo analizamos con profundidad y trabajamos sin descanso... Y aún allí, en aquellos lugares donde ya no se puede hacer nada, una palabra de aliento es un tesoro.

Fidel Castro Rus, 17 de diciembre de 1980.

RESUMEN

En los últimos años la enfermedad hipertensiva y el envejecimiento poblacional han constituido un verdadero problema de salud a escala mundial. Un diagnóstico precoz con acompañamiento efectivo y adecuado por los equipos de salud ayudan en el control de la presión arterial reduciendo sus complicaciones. **El objetivo** del trabajo es implementar una intervención educativa sobre conocimientos de Hipertensión Arterial en pacientes geriátricos hipertensos del Consultorio 7 de Rodas. **El universo** estuvo constituido por los 220 pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial y la muestra por 80, que cumplieron los criterios de inclusión, exclusión y salida. a las que se aplicó una encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje sobre la enfermedad. **Resultados:** predominaron los pacientes de 60 a 64 años (31,25%), sexo femenino (17,5%). El (65%) tenía un mal conocimiento de los factores de riesgo, referente al conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad, fue mal un 52,5%, conocimiento del tratamiento de la HTA. regular un 57,5%, características de la dieta del paciente hipertenso un 45% fue mal y sobre el ejercicio físico mal en un 74,4%. Posteriormente se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas. Transcurridos 9 meses se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgos y tratamiento. Al final del estudio la mayor parte de los participantes fueron evaluados de bien, lo que ratifica la utilidad y eficacia de la intervención.

Palabras clave: Hipertensión Arterial, adultos mayores, intervención educativa.

ÍNDICE

Página

Introducción.....	7-11
Problema científico.....	11
Fundamentación del problema.....	11-12

Marco Conceptual.....	12-27
Objetivos.....	28
Diseño metodológico.....	29-35
Resultados y discusión.....	36-42
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Referencias bibliográficas.....	45-54
Anexos.....	55-63

Introducción:

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades más extendidas en todo el planeta y no en vano ha sido llamada la asesina silenciosa porque a veces nos percatamos de su existencia cuando ya resulta demasiado tarde, por cuanto los principales riesgos asociados a este entorno no se deben en sí al aumento tensional si no, a ciertas alteraciones patológicas en diversos órganos claves como corazón, riñones, cerebro, los vasos sanguíneos y los ojos. ⁽¹⁾

La comisión nacional cubana define como hipertenso a todo individuo de 18 años o más de edad, que en tres ocasiones distintas y bajo los requisitos establecidos para su toma, presente cifras de presión arterial (PA), de 140 y 90mm de Hg o más para sus tensiones sistólicas y diastólicas respectivamente. Los límites actuales estudiados como normales quedan por debajo de estas cifras y los

individuos que presentan valores de 139 y 89 mm de Hg, son denominados hipertensos marginales. ⁽²⁾

Se plantea que las cifras de presión arterial (PA) se elevan con la edad y que los valores de presión arterial sistólica (PAS) continúan incrementándose de forma constante, al menos hasta los 75 años, mientras las cifras de presión arterial diastólica (PAD) apenas aumentan a partir de los 50 años. Si bien es cierto que en nuestro entorno la PA aumenta con la edad, esto no ocurre en otras latitudes, por ejemplo: en algunas comunidades tribales lo cual pone en evidencia que factores dependientes del estilo de vida, como la ingestión de sal, influyen en la tendencia a presentarse la HTA con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años. ⁽³⁾

La etiología de la Hipertensión Arterial es desconocida en el 95% de los casos identificándose como esencial o primaria, siendo el restante 5% de causa secundaria. Esta enfermedad, es de gran interés clínico, epidemiológico y social, afecta a todos los grupos de edades, es de carácter multifactorial, silencioso, hereditario, agregable y tiene efectos notables sobre la salud, la familia y la sociedad. ⁽⁴⁾

En los últimos años la enfermedad hipertensiva y el envejecimiento poblacional han constituido un verdadero problema de salud a escala mundial, como lo demuestran diversos trabajos que han sido realizados en diferentes países con la asesoría de la Organización Mundial de Salud. Se destaca que esta enfermedad es la más prevalente entre los adultos mayores, pues la mitad de esta población la sufre presentando altas tasas de morbilidad y mortalidad. ⁽⁵⁾

De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad Cerebrovasculares. La Hipertensión Arterial está presente en la mayoría de ellas. ⁽⁶⁾

¿Por qué se eleva la presión arterial sistólica con el envejecimiento?

El envejecimiento se asocia a un incremento en la prevalencia de la HTA derivado de los cambios en la estructura y función arterial propios de la edad. Los grandes vasos son menos distensibles lo cual incrementa la velocidad de la

onda de pulso causando aumento de la PAS, incremento de la demanda de oxígeno miocárdico y limitación de la perfusión sanguínea en otros órganos vitales. ⁽⁷⁾

En estos pacientes es frecuente encontrar desbalance autonómico que contribuye, por una parte, a la hipotensión ortostática (aumenta el riesgo de caídas, síncope y eventos cardiovasculares) y por otra a hipertensión ortostática (factor de riesgo de HVI, enfermedad coronaria e ictus). Hay disfunción renal progresiva por glomeruloesclerosis y fibrosis intersticial con reducción del filtrado glomerular y otros mecanismos homeostáticos renales como alteraciones de la bomba sodio-potasio, incremento del sodio intracelular, reducción del intercambio sodio-calcio y expansión de volumen. ⁽⁸⁾

Es frecuente encontrar LOD y dada su alta prevalencia se debe tener presentes otros factores: déficit cognitivo de diversas causas (demencias vasculares, enfermedad de Alzheimer, etc.), situaciones psicosociales (anciano viviendo solo, bajo nivel económico, limitaciones físicas, ingestión de múltiples medicamentos, sexualidad y otros), coexistencia de otras enfermedades crónicas, etc. ⁽⁸⁾

Es frecuente encontrar HTA sistólica aislada, este hallazgo se fundamenta en el hecho demostrado de que con la edad se producen cambios en la evolución de la PAS y PAD, de tal manera que el componente sistólico de la PA aumenta a partir de los 60 años mientras que el componente diastólico aumenta hasta los 50 años y, posteriormente, tiende a disminuir. La HTA esencial es la más común pero no deben olvidarse otras formas de HTA secundaria como la estenosis de arteria renal de causa aterosclerótica. ⁽⁹⁾

Situación actual del problema a nivel internacional, nacional, territorial y local

La prevalencia mundial de la HTA se ha estimado en 1.130 millones en 2015, con una prevalencia > 150 millones en Europa central y oriental. Se calcula que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a 1.500 millones. (6–10) Continúa siendo la principal causa de mortalidad a nivel

mundial, estimándose su implicación en más de 10 millones de muertes anuales. (11) En el 2017 se produjeron 10,44 millones de muertes por esa causa. (12) Es el factor de riesgo que más muertes origina de causa cardiovascular (CV) en el mundo. (10)

En Europa la HTA tiene una prevalencia más alta (60%), comparada con la de Estados Unidos (46%) o Canadá (32–46%). (11)

En América Latina la enfermedad está en aumento. Los resultados en investigaciones muestran que las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la región aumentarán aproximadamente un 145% para el año 2020. En la región uno de cada tres adultos padece de Hipertensión Arterial. Esto es unos 250 millones de personas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que solo una de cada cinco personas que la padecen logra mantener su presión arterial por debajo del mínimo aceptable que es de 140/90. (12)

Según datos de la III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles realizada en 2010-2011, la prevalencia de HTA en Cuba es del 30,9 % en personas de 15 años o más, lo que significa que hay 2,6 millones de personas con HTA, ligeramente superior en el área urbana (31,9 %) que en la rural (28,0 %) y sin diferencias significativas en el sexo, con 31,2 % el sexo masculino y 30,6 % el femenino. (13)

Hay una prevalencia mayor en las personas de piel negra con un 40,4% que en las de piel blanca con 30,1 %. A medida que aumenta la edad se incrementa la prevalencia, observándose que, a partir de los 55 años, 5 a 6 personas de cada 10 tienen cifras de PA elevadas. La prevalencia global de la prehipertensión es del 15,6 % con respecto a toda la población. (14)

Se ha descrito una fuerte relación entre la prevalencia de la HTA y la mortalidad por ictus y por enfermedades del corazón. En Cuba la tasa de mortalidad por 100 000 habitantes de las enfermedades del corazón en el 2015 fue de 218,3 (hombres: 231,0 y mujeres: 205,6 de 82,6), mientras que en 2018 fue de 228,2 (hombres 246,1 y mujeres 210,5) de por enfermedad cerebrovascular (hombres: 82,6 y mujeres: 82,7) y en 2018 fue 87,9 (hombres 90,4, mujeres 85,4) y de 25,5

por enfermedad de las arterias (hombres: 25,2 y mujeres: 25,9) en el 2018 de 27.0(hombres de 28.8 y mujeres de 25.3) componentes todos de las ECV. ⁽¹⁵⁾

Estas cifras muestran una tendencia sostenida al alza en los últimos años. Otro factor a considerar es que, en el paciente hipertenso usualmente coexisten otros FRC lo que empeora su riesgo; en nuestro país en la encuesta citada se encontró que fuman el 23,7% de los hombres y el 16,4 % de las mujeres; la prevalencia de la diabetes mellitus (DM)es del 10 %, el 24,1 % tenían dislipidemia, el sobrepeso global fue del 44,8 % siendo obesos el 15 %, consumían bebidas alcohólicas el 41,7 % y tenían insuficiente actividad física el 30 % de los hombres y el 51 % de las mujeres. ^(13,16)

Este panorama de los más frecuentes factores de riesgo nos muestra las características que con frecuencia tienen nuestros pacientes hipertensos y que sin su modificación resultaría imposible disminuir su RCV. ⁽¹⁶⁾

En Cuba en el año 2019, en el grupo etario de 60-64, existe una tasa de prevalencia de 757.1 para el sexo masculino y para el femenino de 761.2 y en el grupo de 65 y más 476.6 para los hombres y 535.9 para las mujeres, siendo estos grupos de edades los de mayor prevalencia. ⁽¹⁷⁾

De igual manera en el año 2020 se mantuvo una prevalencia de 735,2 en el sexo masculino y de 740,2 en el sexo femenino en la población de 60-64 años y en la población de 65 años o más de 490,1 en el sexo masculino y de 552,4 en el femenino. ⁽¹⁸⁾

Al finalizar el año 2018 en la provincia de Cienfuegos existía una tasa de mortalidad por enfermedades del corazón de 28,8 por 100 000 habitantes, ocupando el tercer lugar precedido de las Enfermedades isquémicas del corazón y la insuficiencia cardiaca hipertensos por cada mil habitantes. La prevalencia de pacientes hipertensos para el cierre de 2018 fue de 234.8 por 100 000 habitantes. Mientras que en el 2019 en el sexo masculino de 60-64 la tasa fue de 619.0 y de 65 y más de 549,1, mientras que en el sexo femenino 707,1 de 60-64 años y de 65 y más fue de 621,8. Datos que muestran que existe una mayor

prevalencia de mujeres mayores de 60 años hipertensas en nuestra provincia.
(15,19)

En el municipio de Rodas de un total de población de 21666, son mayores de 60 años 4962, y de ellos 2375 son hipertensos, lo que representa 47,86%. En el consultorio 7 de un total de 1358 personas, 344 son hipertensas y de ellos 220 son adultos mayores de 60 años lo cual representa un 63,95 %. ⁽²⁰⁾

Planteamiento del problema

¿Cómo será el nivel de conocimientos sobre Hipertensión Arterial en pacientes geriátricos hipertensos del consultorio 7 de Rodas?

Fundamentación del Problema:

Se prevé que, el porcentaje de las personas de 60 y más años de edad en todo el mundo se duplicará, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para el año 2050 el porcentaje de personas de edad aumentara del 8 al 21%, mientras que el de niños descenderá del 33 al 22%. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos. ⁽²¹⁾

Los efectos del envejecimiento y de la HTA están interrelacionados y tienden a potenciarse uno a otro. La amplitud de las variaciones de la presión en el hipertenso anciano, especialmente en la HTA sistólica aislada (HTASA), constituye un importante factor pronóstico de las principales complicaciones cardiovasculares. En el mundo se estima que dicha enfermedad es un problema de salud de elevada prevalencia aproximadamente 961 millones de personas la padecen y se ha comprobado que un porcentaje significativo de ellos ha fallecido por haber presentado cifras elevadas de TA o sufrir la enfermedad. Constituye un llamado de la OPS contribuir de manera significativa a lograr la meta mundial de reducir las cifras de presión arterial elevada en un 25% para el 2025, y lograr que al menos el 35% de las personas con dicha enfermedad tengan su presión arterial bajo control. ⁽²²⁾

Existen estudios en los que se ha demostrado que una intervención educativa mejora el conocimiento en estos pacientes, generando beneficios para ellos, que derivarán en un mejor control de su enfermedad. De un paciente bien informado

se puede esperar que cumpla con el tratamiento, mejore sus hábitos de vida y, en consecuencia, sus cifras de presión arterial, así como su calidad de vida y por extensión, la de sus familiares. ^(62,63)

De todo lo anterior se deriva la justificación de nuestro estudio, que pretende elevar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad en la población seleccionada de nuestra área de salud con el propósito de un mejor manejo y prevención de complicaciones futuras, proponiendo una intervención educativa sobre el tema en cuestión.

Marco Conceptual.

La Hipertensión Arterial es definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive. Esta definición es aplicable a adultos. En los niños están definidas según su edad otras cifras de presión arterial. ⁽²³⁾

Se estima que 1/6 de la población mundial sufre la enfermedad y en algunas poblaciones susceptibles la prevalencia es tan alta que 1 de 4 adultos mayores de 18 años es hipertenso. En Europa, los registros realizados durante la pasada década en los distintos países encontraron una elevada prevalencia de HTA en la población europea (en España, en la población de 35-64 años la prevalencia fue del 47%). ⁽²⁴⁾

Tanto la Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC7) ⁽²⁵⁾ así como Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) ⁽²⁶⁾ y Sociedad Europea de Cardiología (ESC) ⁽²⁶⁾ y Guía Cubana de Hipertensión Arterial (GNHTA) ⁽¹⁾ han mantenido la definición de hipertensión comenzando a partir de 140/90 mm Hg para adultos de 18 años o mayores. ⁽²⁾

Tabla 1: Clasificación de la Hipertensión arterial			
Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 8			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120	y/o	< 80
Prehipertensión	120-139	y/o	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Estadio 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160		≥ 100

Tabla 2: Clasificación de la Hipertensión arterial			
Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140–159	y/o	90–99

Hipertensión Grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión Grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	< 90

Tabla 3: Clasificación de la Hipertensión arterial

Guía Cubana de Hipertensión Arterial

Categoría	PA sistólica(mmHg)	PA diastólica(mmHg)
Normal	Menos de 120	Menos de 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión Grado I	140-159	90-99
Hipertensión Grado II	160-179	100-109
Hipertensión Grado III	180 y más	110 y más
Hipertensión sistólica aislada	140 y más	Menos de 90

La clasificación del JNC7 está basada en el promedio de ≥ 2 medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien mantenidos, en cada una de ≥ 2 visitas médicas. De acuerdo a esto han dividido a la Hipertensión en estadios 1 y 2, como se muestra en la tabla 1. El JNC7 ha definido la presión sanguínea NORMAL como < 120 y < 80 mmHg. Los niveles intermedios, 120 a 139 y 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión, un grupo que ha venido incrementando los riesgos de la salud y desde el cual definitivamente se progresa al de hipertensión arterial. ⁽²⁵⁾

A su vez, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión / Sociedad Europea de Cardiología, en su publicación del 2007 consideran similarmente que la

hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg (inclusive), aunque a diferencia del JNC, consideran 3 categorías en los niveles menores a 140/90 mm Hg, con un nivel óptimo similar a lo que considera el JNC como normal y 2 categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg. Estas asociaciones también dividen el estadio 2 de la clasificación del JNC78, con un estadio 3 que comienza en ≥ 180 y ≥ 110 mmHg ^(25,26)

La *American Heart Association* (AHA) y el *American College of Cardiology* (ACC) en el año 2014, acordaron formar un panel de 21 miembros para confeccionar nuevas guías para el diagnóstico y el manejo de la HTA. El 13 de noviembre 2017, en la reunión anual de la AHA y el ACC, estas instituciones anunciaron que habían considerado, de conjunto, cambiar la definición de presión arterial alta. Las nuevas pautas ACC/AHA presentadas, definen la presión arterial sistólica en 130 mmHg o más como hipertensión, mientras que la definición anterior que aceptaban establecía el umbral en valores entre 140 o superiores. También consideran ahora como hipertensos a los que tengan cifras de 80 mmHg o más de presión arterial diastólica, en lugar de 90 mmHg y más. Por tanto, en estas pautas desaparece la categoría de pre-hipertensión, que era la ubicada entre 120 y 139 de PAS y entre 80 y 89 de PAD. De aceptarse estas cifras (PA $>130/80$ mmHg en lugar de $>140/90$ mmHg), solo en los Estados Unidos, según las nuevas pautas se incrementarían de manera súbita los hipertensos a 103 millones, alrededor del 46% de los adultos de ese país, frente a 72 millones actuales (32%), según la definición anterior. ⁽²⁷⁾

Hipertensión Sistólica Aislada

A medida que se envejece, la presión sistólica tiende a aumentar y la diastólica tiende a disminuir. Cuando el promedio de presión sistólica es ≥ 140 mmHg y la presión diastólica es < 90 mmHg, el paciente es clasificado en el grupo de hipertensión sistólica aislada. La incrementada presión del pulso (sistólica-diastólica) y la presión sistólica predicen riesgo y determinan tratamiento. ^(1,3,28,29)

Hipertensión Diastólica Aislada

Más comúnmente visto en algunos adultos jóvenes, la hipertensión diastólica aislada se define con una presión sistólica < 140 mmHg y una diastólica ≥ 90 . Aunque la presión diastólica se piensa es la mejor predictora del riesgo en pacientes menores de 50a, algunos estudios prospectivos de hipertensión diastólica aislada han indicado que el pronóstico puede ser benigno. Este tópico permanece como controversial. (1,3,28,29)

Hipertensión de Bata-Blanca o Hipertensión aislada de consultorio

La presión arterial puede ser sólo elevada persistentemente en la presencia de un trabajador de la salud, particularmente un médico. Cuando es medida en cualquier otro lugar, incluso durante el trabajo, la presión arterial no está elevada. Cuando este fenómeno es detectado en pacientes que no están tomando medicación antihipertensiva, es denominado hipertensión de bata blanca. La definición comúnmente utilizada es una presión promedio persistentemente elevada en el consultorio de $>140/90$ mm Hg y un promedio de lecturas ambulatorias estando despierto de $< 135/85$ mm Hg. (1,3,28,29)

Aunque esto puede ocurrir a cualquier edad, es más común en hombres y mujeres mayores. El fenómeno responsable de esto es definido como la diferencia entre las presiones en el consultorio y las presiones ambulatorias durante el día; esto está presente en la mayoría de los pacientes hipertensos. Su magnitud puede ser reducida (aunque no eliminada) con el uso de dispositivos automáticos que determinan y analizan una serie de presiones arteriales durante 15-20 minutos, con el paciente en un ambiente tranquilo en el consultorio. También es de gran ayuda para su diagnóstico la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Otros factores de riesgo para la salud están frecuentemente presentes y deben ser tratados de acuerdo al caso. (1,3,28,29)

Hipertensión Enmascarada o Hipertensión Ambulatoria Aislada

Una condición menos frecuente que la anterior, aunque más problemática para detectar, es la condición inversa de presión sanguínea normal en el consultorio y presión sanguínea elevada en cualquier otro lugar, por ejemplo, en el trabajo o en el hogar. El estilo de vida puede contribuir con esto, por ejemplo, el consumo

de alcohol, tabaco, café y la actividad física. El daño a los órganos blanco se relaciona a elevaciones más prolongadas en la presión arterial fuera del consultorio médico y la presencia de tales alteraciones con una presión normal durante el examen puede ser una pista para seguir. Hay también evidencia que tales pacientes están en un riesgo cardiovascular elevado. En esta situación también es de gran utilidad en el diagnóstico la monitorización ambulatoria de la presión arterial. (1,3,28,29)

HTA maligna.

Es la forma más grave de HTA; se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos; los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva significativa. (1,3,28,29)

Etiología

Según la Etiología de la Hipertensión Arterial podemos clasificarla:

1. Hipertensión arterial secundaria

En el 95 % de los pacientes con HTA en la edad adulta, esta se clasifica como primaria o esencial, solo en 5 % de los hipertensos es posible determinar una causa de esa afección; cuando eso es posible se tiene una alta probabilidad de curar definitivamente la enfermedad, de ahí, la importancia de pesquisar y detectar la posible causa en todo paciente hipertenso y de tener presentes las principales formas de presentación de esta modalidad de hipertensión.^{3,4} La HTA secundaria puede deberse a afecciones endocrinas, renales, vasculares y otras; dentro de estas, las enfermedades más frecuentes que cursan con HTA secundaria se encuentran las siguientes:

- Afecciones endocrinas: feocromocitoma, enfermedad de Cushing, hiperaldosteronismo, enfermedades del tiroides y paratiroides.
- Afecciones renales: estenosis de arteria renal, glomerulopatías, enfermedad renal poliquística, enfermedad del parénquima renal.
- Afecciones vasculares: coartación de la aorta.
- Otras causas: apnea obstructiva del sueño. (1,29,30)

El médico debe conocer las expresiones clínicas, resultados de los exámenes básicos de laboratorio y otros que orientan a profundizar en la pesquisa y diagnóstico de alguna de esas afecciones que pueden ser causa de HTA secundaria y dirigir consecuentemente las acciones para su identificación, teniendo en cuenta que algunas de ellas pueden ser curables o tener una terapéutica específica para su control. Muchas de estas afecciones se comportan como HTA resistente o de difícil control, lo que, unido a determinadas manifestaciones clínicas o hallazgos en los exámenes básicos, orienta al diagnóstico de una HTA secundaria. ^(1,29,30)

Sirven de orientación en este sentido los datos siguientes:

- Palpitaciones, *flushing*, crisis de HTA paroxística, neurofibromas
- (feocromocitoma).
- Ingesta de fármacos o sustancias como anticonceptivos orales, regaliz,
- carbenoxolona, nebulizadores nasales vasoconstrictores, cocaína, anfetaminas, glucocorticoides y mineralocorticoides.
- “Cara de luna llena”, obesidad, vergeturas violáceas (enfermedad de Cushing).
- Taquicardia, adelgazamiento, exoftalmos (hipertiroidismo).
- Historia personal o familiar de enfermedad renal, infección del tracto urinario, hematuria, abuso de analgésicos (enfermedad del parénquima renal).
- Masa abdominal, albuminuria (poliquistosis renal).
- Episodios de debilidad o espasmos musculares (hiperaldosteronismo).
- Soplo abdominal, HTA descontrolada en el anciano (estenosis de arteria renal).
- Soplo sistólico interescapular, ausencia de pulso femoral (coartación de la aorta).
- Roncador nocturno, obesidad (apnea obstructiva del sueño).

Una vez sospechada una HTA secundaria, se hace necesario indicar las investigaciones dirigidas al esclarecimiento de esos diagnósticos. ^(1,29,30)

2. Hipertensión arterial primaria

La HTA primaria (idiopática o esencial) la padece aproximadamente del 90 al 95% de los hipertensos. Este término significa simplemente que no se conoce causa orgánica evidente. La etiopatogenia no se conoce aún, pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la Hipertensión Arterial primaria. La HTA puede ser dañina por efectos primarios: Aumento del trabajo del corazón y Lesión de las propias arterias por la presión excesiva. El riesgo coronario es paralelo al aumento de la hipertrofia del tejido muscular; igualmente se desarrolla isquemia del ventrículo izquierdo, a medida que aumenta la HTA, esta puede ser suficientemente peligrosa para que la persona sufra angina de pecho. La presión muy elevada en las arterias coronarias desarrolla arteriosclerosis coronaria de manera que los pacientes pueden morir por oclusión coronaria. ^(31,32)

Patogenia

Actualmente se considera que la Hipertensión Arterial esencial es un verdadero problema de salud pública. No está clara la patogenia de la Hipertensión Arterial esencial y las hipótesis de que sus orígenes radicaban en el riñón y en el corazón no son válidas actualmente, debido a la evidencia que demuestra que esta es una enfermedad propia del endotelio vascular en donde se conjugan factores genéticos, ambientales, humorales e inflamatorios del vaso sanguíneo que inducen a disfunción vascular. Se discuten aspectos epidemiológicos y genéticos, enfatizando en el rol patogénico de los genes de angiotensina II, óxido nítrico y endotelina. ⁽³³⁾

Exploraciones complementarias

Analítica

Los datos analíticos imprescindibles son: hemograma y bioquímica con glucemia, perfil lipídico (colesterol total, cHDL, cLDL y triglicéridos), ionograma, uricemia, creatinina plasmática y cálculo del filtrado glomerular estimado (FGe), cociente albúmina/creatinina y sedimento de orina.

La investigación sistemática de la presencia de excreción urinaria de albúmina se considera obligatoria en los hipertensos. ⁽³⁴⁾

Electrocardiograma (ECG)

Es importante disponer de un ECG antes de iniciar el tratamiento, ya que nos informará sobre la repercusión cardíaca de la HTA y la existencia o no de patología previa concomitante. Además, algunas alteraciones del ECG contraindican el empleo de un determinado grupo farmacológico. Se valorará especialmente la presencia de alteraciones del ritmo, de la conducción, anomalías en la repolarización y la presencia o no de hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Las alteraciones menores del segmento ST-T son unas de las modificaciones más prevalentes y las que aparecen con mayor frecuencia en el seguimiento electrocardiográfico de los pacientes hipertensos, en un porcentaje más elevado que la misma HVI. ⁽³⁵⁾

Ecocardiograma

No es una exploración sistemática, y sus principales indicaciones son las siguientes:

- Presencia de enfermedad cardíaca concomitante que requiera este tipo de estudio para una evaluación más precisa: permitirá, entre otros, el diagnóstico de valvulopatías, la estimación de la función sistólica o diastólica (eco-Doppler en este caso) en la insuficiencia cardíaca y la valoración de la contractilidad global o segmentaria.
- ECG con signos severos de HVI y sobrecarga ventricular izquierda (sospecha de miocardiopatía hipertrófica). ^(35,36)

Ecografía abdominal

Estará indicada en casos de sospecha de HTA de origen renal o vasculorrenal, patología nefrourológica asociada, auscultación de soplos abdominales o lumbares y HTA grave de aparición brusca. ^(35,36,37)

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización, determinadas por factores socioculturales y características personales. Dichas pautas son interpretadas y puestas a prueba continuamente

en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones, lo cual condiciona la Hipótesis del fortalecimiento de la educación para la salud para lograr índices favorables en el estilo de vida. ⁽³⁸⁾

Las intervenciones sobre estilos de vida son las indicaciones primordiales para la prevención de la Hipertensión Arterial y a la vez como acciones a tener en cuenta en todo paciente ya diagnosticado con esta afección. Son fundamentales en este sentido las siguientes recomendaciones:

- ❖ Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad.
- ❖ Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.
- ❖ Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.
- ❖ Reducir la ingesta de sal.
- ❖ Lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta con equilibrio energético y proporcionadora de micronutrientes favorecedores para la salud.
- ❖ Eliminación del hábito de fumar. ⁽³⁹⁾

La adopción de estilos de vida saludable es la piedra angular en el control de la HTA y se asocia con beneficios que van más allá de la reducción de la presión arterial (PA). Una intervención integral del estilo de vida, puede reducir, en muchos casos, la necesidad de medicamentos antihipertensivos en los pacientes de edad avanzada. El JNC-8 concluye que, en general, para todas las personas con hipertensión, un plan alimentario saludable, el control del peso y realizar actividad física de manera regular, tienen el potencial de mejorar el control de la presión arterial y reducir las necesidades de medicamentos. ⁽³⁹⁾

Sin embargo, aunque estas recomendaciones están basadas en la evidencia, no sustituyen el juicio clínico, y las decisiones del manejo deben considerarse cuidadosamente, incorporando las características y circunstancias clínicas de cada paciente. La guía taiwanesa para el manejo de la hipertensión, adopta la modificación de estilos de vida como parte esencial en la prevención y el control de la hipertensión. En general, se cree que el efecto de la disminución de la presión arterial con la modificación de los estilos de vida, es equivalente a la

monoterapia con medicamentos. Si se aplica de manera apropiada la modificación de estilos de vida, puede retrasar el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión en fase 1, con la cual se obtiene una reducción en el número y la dosis de medicamentos antihipertensivos. La principal limitación de la modificación de los estilos de vida, radica en la poca continuidad y adherencia. Acorde con la Guía práctica clínica de hipertensión para Colombia, existe evidencia de baja a moderada calidad, que sugiere que las estrategias dirigidas a reducir peso, pueden disminuir las cifras de presión arterial. Dicha disminución se ha observado con estrategias combinadas (plan alimentario y ejercicio), o solo con plan alimentario. ⁽⁴¹⁾

La población beneficiada es aquella con sobrepeso y obesidad. Además, recomienda implementar planes alimentarios orientados a la disminución de la ingesta de sodio en todos los pacientes con HTA, como recomendación fuerte a favor. Por su parte, no se recomienda incrementar la ingesta de potasio en la dieta o en forma de suplementos dietéticos como medida para prevenir la HTA, como recomendación débil, en contra. También, se indica implementar planes alimentarios dirigidos a la disminución de peso en todos los pacientes con HTA e índice de masa corporal mayor a 25 kg/m². Aunque estas recomendaciones no son específicas para pacientes de edad avanzada, son de importante aplicación en todos los grupos de pacientes hipertensos. ⁽⁴²⁾

Envejecimiento:

El envejecimiento de la población se debe, fundamentalmente, a la reducción de los niveles de mortalidad y fecundidad; con el consecuente incremento de la expectativa de vida que genera un desplazamiento hacia los grupos de edades superiores. ⁽⁴³⁾

Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido el del crecimiento de la población y el siglo XXI será el del envejecimiento de esta, lo cual acarrea

consecuencias importantes de orden político, económico, social; y para la salud pública. ⁽⁴⁴⁾

Las perspectivas para la tercera edad en los próximos años será la siguiente: a nivel global, las personas de más de 60 años se incrementaron de 613.6 millones en el año 2000 a 1207.6 millones en el 2025. ⁽⁴⁵⁾

El fondo de población de las Naciones Unidas al analizar un promedio de 29 países, señalan que la población general crecería entre los años 1980 y 2025 un 14.74%, en tanto que la población mayor de 60 años lo haría en un 76.91%. ⁽⁴⁶⁾

Hacia 1960 el 10% de la población de los países desarrollados tenía más de 60 años, en 1990 el 18% y de acuerdo con las proyecciones del Banco Mundial para el año 2030 esta cifra habrá alcanzado el 30%. Esto no solamente ocurre en los países desarrollados, sino también en Argentina y en la mayoría de los restantes países del mundo, en donde el porcentaje de individuos mayores de sesenta años tenderá a duplicarse en un plazo de 30 a 40 años. Parece que solamente África permanecerá como un continente joven algunas décadas más. ⁽⁴⁷⁾

La población del mundo se ha multiplicado en la última mitad del siglo. En 1950, había dos mil millones y medio de habitantes, se estimaba que 371 millones de personas- 6% de la población total del mundo, tenían más de 65 años. Esta proporción es mucho mayor en Europa- 14%, y Norteamérica- 13 % que en Latinoamérica y Asia- 5% y África- 3%. ⁽⁴⁸⁾

Mientras que el número de ancianos, hombres y mujeres, es casi igual en África, en Europa y América hay tres ancianas por cada dos ancianos, quizá debido al gran poder político y financiero que tienen las mujeres europeas y americanas. Al tener las mujeres mayor capacidad de auto cuidado, la tarea del cuidado de personas mayores se ha reducido por esta diferencia en la tasa de sobrevivencia. La proporción de población de personas mayores de 65 años es predominantemente femenina- 57% y en los países desarrollados este porcentaje aumenta. ⁽⁴⁹⁾

Conscientes de que el envejecimiento de la población cubana es un proceso irreversible, pues los viejos del 2025 ya caminan por el archipiélago, las autoridades sanitarias se preparan para la larga carrera de acoger en sus

servicios cada vez un número superior de ancianos, con cuidados para su vida (prolongarla, aumentar su esperanza y su calidad de vida). ⁽⁵⁰⁾

Ubicado como el 4º país más envejecido de América Latina precedida por Uruguay, Argentina y Barbados, Cuba es sin embargo el que lleva un ritmo más acelerado, pues en el 2015 subió a ser el 1º y en el 2025 ya se habrá duplicado la proporción actual de ancianos y una de cada cuatro personas será mayor de 60 años. ⁽⁵⁰⁾

El envejecimiento poblacional constituye hoy una preocupante a nivel mundial, y de igual manera el envejecimiento de la población cubana constituye una preocupante dentro del Sistema de Salud, si tenemos en cuenta que el 18,3% de esa población tiene más de 60 años con una esperanza de vida que se ha elevado hasta los 77 años. En la provincia de Cienfuegos se comporta igual, 74 376 habitantes tienen 60 años y más, con la preocupación que el reemplazo de la población es bien comprometido teniendo en cuenta las bajas tasas de fecundidad y natalidad. ⁽⁵⁰⁾

La vejez es un período amplio de la vida que, debido al incremento de la esperanza de vida en los países occidentales, se puede prolongar incluso hasta los 100 años.

En esta etapa nos encontramos con que en la actualidad el sector poblacional que más está creciendo es el de las personas mayores de 80 años, aunque a pesar de ello, la investigación gerontológica se suele centrar en personas de entre 60 y 80 años. ⁽⁵¹⁾

Esta etapa de la vida genera numerosos retos tanto al individuo que tiene que enfrentarse a un amplio período de su vida que tradicionalmente se ha asociado con un declive físico y cognitivo, como a la sociedad. Por ello, numerosas líneas de investigación se han abierto en el ámbito de la psico-gerontología actual. ⁽⁵²⁾

El envejecimiento es un paso, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. ⁽⁵²⁾

Es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia final presente un mayor riesgo de muerte. ⁽⁵³⁾

El envejecimiento puede considerarse desde distintos puntos de vista: ⁽⁵⁴⁾

- Cronológico: Es contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento. En ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras es casi repentina. Tanto como el número de aniversarios, influyen las enfermedades y los factores socio-económicos.

- Biológico: La edad biológica si se corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento Biológico.

El envejecimiento biológico es diferencial, es decir de órganos y de funciones; es también multiforme pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, y es a la vez estructural y funcional.

- Psíquico: Estas modificaciones no sobreviven espontáneamente sino son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación. Ciertamente hay diferencia entre jóvenes y viejos en dos esferas: la cognoscitiva, que afecta la manera de pensar y las capacidades, y la psicoactiva sobre la personalidad y el afecto

- Social: Comprenden los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Es cierto que ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. El ciclo dependencia / independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es un ejemplo.

- Fenomenológico: Es la percepción subjetiva de la propia edad, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.

Así se puede definir al anciano sano como " aquel sujeto con alteraciones funcionales al límite entre lo "normal " y lo "patológico", en equilibrio inestable y con adaptación de los trabajos funcionales a sus posibilidades reales de rendimiento. ⁽⁵⁵⁾

Atender a un paciente anciano es uno de los retos más difíciles con los que se enfrenta un médico, pues cualquier consulta por sencilla que parezca suele venir acompañada de otros problemas que si se pasan por alto darán al traste con el manejo instaurado para la queja principal. Se calcula que una persona de 60 años tiene entre 4 y 6 problemas médicos y estos aumentan proporcionalmente con la edad. ⁽⁵⁵⁾

La intervención educativa en el adulto mayor

La intervención educativa es un tipo de estrategia utilizada para solucionar o disminuir situaciones problemáticas que suceden en nuestro país y a nivel mundial es por ello que se emplea para enseñar, capacitar, instruir de manera que mediante ello capten información que les resulten interesante y lo apliquen en sus vidas ya sea cualquier tema de diferente índole, La intervención educativa se encuentra organizado por secuencias que son denominadas como la agrupación de funciones ,tareas a realizar todo ello en un determinado programa. ⁽⁵⁶⁾

La intervención se divide en secuencias.

- El preliminar, este consiste en el inicio de la intervención educativa, el diseño del programa, la parte introductoria.
- Las intermedias, en esta secuencia se da el desarrollo en si del tema, el planteamiento de los objetivos y lo que se da a conocer.
- La micro secuencias, son secuencias de enseñanzas al tema. ⁽⁵⁶⁾

Etapas de la Intervención Educativa

- Planeación: comprende en realizar el análisis del problema es aquí donde se lleva a cabo la determinación de las variables a utilizar y las intervenciones que se llevara a cabo.

➤ Ejecución: comprende en la aplicación de la intervención educativa sobre el determinado tema a desarrollar. Así también se determinará las funciones que cumpla cada integrante del desarrollo de la actividad. Esto conjuntamente con el diseño de los materiales, para este tipo de población el material a exponer debe ser lo más entendible en todos los sentidos, un material totalmente dinámico y de manera clara, este servirá como material de apoyo, como la también la realización de materiales para el público.

➤ Evaluación: antes y después se realiza la prueba del pre-test y pos-test con la finalidad de ver cuánto incrementó el nivel de conocimiento o de qué manera afectó. ⁽⁵⁶⁾

Objetivos

Objetivo General

1. Implementar una intervención educativa sobre conocimientos de Hipertensión Arterial en pacientes geriátricos hipertensos. Consultorio 7 perteneciente al área de Rodas.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre la Hipertensión Arterial en los pacientes geriátricos hipertensos.
3. Aplicar intervención educativa sobre los hipertensos de la muestra.
4. Evaluar efectividad de la intervención educativa una vez concluida.

Fundamento Metodológico

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo

Diseño y tipo de estudio: Se realizó una intervención educativa en pacientes geriátricos hipertensos.

Escenario: Consultorio Médico Familiar # 7 del Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez del municipio de Rodas.

Período que abarca el estudio: Desde mayo de 2019 a mayo de 2021.

Universo: Conformado por los 220 pacientes adultos mayores, dispensarizados como hipertensos.

Muestra: La muestra se seleccionó por el método simple aleatorio (azar simple), la cual estuvo definida por 80 adultos mayores de 60 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial.
- El consentimiento informado por escrito (ver Anexo II), del paciente o familiar allegado que lo atiende.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que tengan alguna discapacidad mental que les impidan participar en la investigación.
- Pacientes hipertensos que además tengan otras morbilidades

Criterios de Salida:

- Pacientes que deseen abandonar de forma voluntaria el estudio, en cualquier etapa del período de investigación.
- Pacientes que se muden a otra localidad o fallecimiento.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo	cualitativa nominal dicotómica	1__Masculino 2__Femenino	según sexo biológico de pertenencia	Número y porcentos
Edad	Cuantitativa continua	1__60-69 2__70-79 3__80 y más	según años cumplidos	Número y porcentos
Conocimientos de los factores de riesgo de hipertensión arterial	Cualitativa ordinal	Bien Regular Mal	Según respuesta sobre conocimiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial	Número y porcentos
Conocimiento de los síntomas de la hipertensión arterial	Cualitativa ordinal	Bien Regular Mal	Según respuesta sobre conocimiento de los síntomas de la hipertensión arterial	Número y porcentos
Conocimiento del tratamiento del paciente hipertenso	Cualitativa ordinal	Bien Regular Mal	Según respuesta sobre conocimiento del tratamiento del paciente hipertenso	Número y porcentos
Conocimiento sobre la dieta del paciente hipertenso.	Cualitativa ordinal	Bien Regular Mal	Según respuesta sobre conocimiento sobre la dieta del paciente hipertenso.	Número y porcentos

Conocimiento sobre el ejercicio físico en el paciente hipertenso.	Cualitativa ordinal	Bien Regular Mal	Según respuesta sobre conocimiento sobre el ejercicio físico en el paciente hipertenso	Número y porcentajes
---	---------------------	--------------------------------	--	----------------------

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de la información se obtuvieron datos a través de fuentes documentales escritas como fuentes históricas, fuentes estadísticas, informes de investigaciones, documentos oficiales, archivos y publicaciones periódicas; de material monográfico de archivo, así como del análisis de vestigios y restos materiales como fotografías y documentación electrónica. Estos fueron insertados en una base de datos de Microsoft Office Excel y se procedieron estadísticamente en el programa SPSS 15.0, mediante los cuales se confeccionaron tablas y gráficos. Se empleó también Microsoft Office Word. Se procesó el análisis de toda la información obtenida, realizando las comparaciones con otros estudios, y la bibliografía consultada, llegándose a conclusiones y emitiendo las recomendaciones pertinentes

El trabajo se desarrolló en tres etapas:

1. Diagnóstica
2. De intervención propiamente dicha
3. De evaluación

I. Etapa de Diagnóstico.

Primeramente, se revisaron las Historias clínicas familiares del consultorio No. 7 y se seleccionaron todos los pacientes hipertensos mayores de 60 años. Se estableció la comunicación con los pacientes, a fin de lograr la participación de los mismos, lo que quedó validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (Anexo

II). La técnica de recolección utilizada fue la Encuesta, y utilizamos como instrumento el cuestionario (Anexo III).⁶⁴

II-Etapa de intervención

Una vez obtenida la información inicial mediante el cuestionario (Anexo III) se procedió a la aplicación del programa educativo (Anexo V) empleado en el estudio “Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora”.⁶⁴ El programa educativo fue impartido en siete encuentros a cada uno de los grupos dirigidos por el autor de la investigación, con una duración de 1 hora cada uno y una frecuencia semanal.

Técnicas y procedimientos, descripción de las técnicas utilizadas^{57,58}

Exposición: Es el empleo del lenguaje oral para explicar un tema o actividad a desarrollar.

Para utilizarla es necesario:

Seguir una secuencia lógica.

La elaboración de preguntas.

Promover la participación del grupo: usar ilustraciones verbales, ej. Anécdotas, experiencias, ejemplos y otros recursos no verbales.

Por último, se verifica la comprensión mediante preguntas, elaboración de resúmenes, conclusiones y/o aplicación de ejercicios.

Demostración: Consiste en mostrar el manejo de una técnica, de un instrumento, etc. Permite apreciar la secuencia de un proceso o manipulación y repetirla hasta su comprensión, permite además verificar algún aspecto del aprendizaje o fundamentar opiniones.

Para utilizarla es necesario:

Explicar la actividad a realizar.

Repetir la actividad explicando paso a paso, enfatizando los aspectos centrales y aclarando las dudas que surjan.

Invitar a los participantes a repetir el procedimiento y repetir los errores.

Reforzar lo que está correcto.

Lectura comentada: No es más que la interpretación individual o grupal de conceptos, teorías, investigaciones, etc. de un material impreso. Es útil cuando se desean conocer diferentes puntos de vista sobre un tópico. Permite despertar el interés del participante en un concepto o teoría.

Socio – drama: Es una representación interpretada por los mismos participantes del curso en la que se simule una situación real. Es útil para desarrollar habilidades prácticas, enseñar y tomar conciencia de una situación.

Para utilizarla es necesario:

Delimitar el tema a representar.

Organizar el grupo (de preferencia con voluntarios)

Interpretación del socio – drama.

Fomentar la discusión planteando problemas o preguntas que inviten a la reflexión.

Elaborar con ayuda del grupo las conclusiones.

Lluvia de ideas: Es una forma de trabajo grupal que ejercita la imaginación, promueve las ideas de los participantes sobre un tema o problema, con el objeto de producir ideas originales o soluciones nuevas. Activa la participación y propicia un ambiente de confianza entre los participantes.

Charla educativa: Consiste en la exposición de un contenido sobre el cual se quiere hacer énfasis a un grupo determinado de personas con un interés común y el conocimiento es aplicable a la vida cotidiana, su objetivo básico es el logro de nuevos conocimientos.

Discusión Grupal: Es una conversación crítica sobre un tema en particular, o quizá una serie de temas, basada en las ideas y opiniones individuales, llevada a cabo en un grupo de un tamaño que permita la participación de todos los integrantes.

PNI (Positivo- Negativo- Interesante): Es una técnica que se utiliza para filtrar ideas, se recomienda hacerlo primero de forma individual y luego compartirlo en grupo, facilita el análisis y toma de decisiones

III- Etapa de evaluación

A los 3 meses de realizada la intervención a cada grupo se les aplicó nuevamente el cuestionario inicial. Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención.

El nivel de conocimiento fue evaluado por el cuestionario. Los pacientes debían marcar con una X solamente la opción que consideraban correcta en cada pregunta. Los valores de estas estaban entre 5 y 10 puntos. El resultado de la encuesta fue evaluado de la siguiente forma:

20- 25 puntos	Evaluación de Bien
15- 20 puntos	Evaluación de Regular
10- 15 puntos	Evaluación de Mal

Los datos se procesaron de forma computadorizada, los resultados se expresaron en textos y tablas, como medida estadística se empleó la frecuencia y el por ciento.

Métodos Teóricos:

- Histórico-lógico: en el estudio de la problemática objeto de estudio.

- Análisis-síntesis: en el estudio de los datos y criterios obtenidos en las diferentes fases de la investigación.
- Sistémico-estructural: para dar una estructura lógica a las partes de la tesis y lograr una sistematicidad de la misma.
- Modelación: para realizar la vinculación de la realidad con el objeto modelado que en esta tesis se concretó en las acciones diseñadas.

Métodos Empíricos:

- Revisión documental de diversas fuentes de información para la obtención de información que permita aprovechar experiencias similares y en busca de los fundamentos generales en que se habrá de apoyar la investigación.
- Encuesta y una entrevista a los pacientes; para identificar el nivel de conocimientos de la Hipertensión Arterial en pacientes hipertensos adultos mayores de 60 años

Métodos Matemáticos:

- Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de los datos.

Consideraciones Éticas.

La investigación se realizará teniendo en cuenta la declaración de Helsinki (año 1989), incluyendo los cuatro principios éticos básicos que son el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. La investigación se realizará por el autor, previo consentimiento informado de las pacientes para la realización de la Investigación (anexo II).

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y sexo. Consultorio # 7 perteneciente al área de Rodas. 2019-2021

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
60-64	11	13,75	14	17,5	25	31,25
65-69	8	10	11	13,75	19	23,75
70-74	7	8,75	7	8,75	14	17,5
75 y más	9	11,25	13	16,25	22	27,5
Total	35	43,75	45	56,25	80	100

Fuente: Cuestionario.

En esta tabla 1 se distribuyen los pacientes hipertensos estudiados según grupos de edad y sexo, predominó el grupo etario de 60 a 64 años con un 31,25%, 11 en el sexo masculino para un 13,75%, y el sexo femenino 14 para un 17,5%.

La aparición de la Hipertensión Arterial está en estrecha relación con la edad, como ha sido demostrado en múltiples estudios nacionales, y las estadísticas mundiales lo cual está en concordancia con los resultados de este trabajo, donde se puede observar un predominio del grupo etario de 60 a 64 años y con más frecuencia en el sexo femenino.

Coincidiendo estos resultados con Nazario⁵⁸, Pedroso⁵⁹ y López⁶⁰, quienes encontraron predominio de las féminas en sus estudios, sin embargo, no coinciden con los estudios de Perera⁵⁷, López⁶⁰, Pérez⁶¹, señala que la

hipertensión sistólica aislada tiene mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres.

En relación con el sexo se afirma que ocurre con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer, pero hasta la menopausia, pues a partir de ese proceso se eleva la incidencia de la enfermedad en las féminas, debido a que su defensa estrogénica durante la etapa sexual previene o retarda el inicio de las lesiones ateroscleróticas.

Estos resultados pudieron estar condicionados porque realmente la hipertensión predomina en hombres antes de los 50 años luego de esta edad, si se incrementa el número de féminas hipertensas por su menor protección estrogénica.

En el estudio de Rojas Delgado ⁽⁶²⁾ se expuso una mayor representación de adultos mayores del sexo masculino, estando representado por el 56,6%, datos que discrepan de los de la autora del trabajo.

El mayor número de pacientes del sexo femenino está en correspondencia con los datos aportados por el Anuario Estadístico de Salud del año 2019, donde se expuso una tasa prevalencia de Hipertensión Arterial por 1 000 habitantes, de 757,1 en el sexo masculino y de 761,2 en el sexo femenino en la población de 60-64 años y en la población de 65 años o más de 476,6 en el sexo masculino y de 535,0 en el femenino, de igual manera en el Anuario del año 2020 con 735,2 en el sexo masculino y de 740,2 en el sexo femenino en la población de 60-64 años y en la población de 65 años o más de 490,1 en el sexo masculino y de 552,4 en el femenino.^(18,19)

Relacionando las variables las variables edad/sexo varios investigadores colombianos ⁽⁶⁸⁾ refieren que es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino hasta los 50 años de edad, y después de esta edad la cifras se invierten; aunque varios autores ^(66,67) coincide en que el comportamiento es lábil sin asociarse a ningún sexo, según ellos no son significativas las diferencias, las cuales más bien están relacionadas con otros factores de riesgo más frecuentes en un sexo u otro : ingestión de alcohol, estrés, sedentarismo, etc

Tabla 2. Conocimiento de los factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorio # 7 perteneciente al área de Rodas. 2019-2021.

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	9	11,25	61	76,25
Regular	19	23,75	12	15
Mal	52	65	7	8,75
Total	80	100	80	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 2 se observa que antes de la intervención la evaluación del nivel de conocimiento fue de mayoritariamente de mal con un 65%. Después de aplicado el programa educativo la evaluación mejoró considerablemente a un 76,25% de bien.

Al analizar los conocimientos sobre los factores de riesgo, los resultados coincidieron con los encontrados por Perera⁵⁷, Pedroso⁵⁹ López⁶⁰ y Pérez⁶¹ quienes lograron modificar favorablemente los conocimientos de sus pacientes estudiados.

Reyes ⁶⁷ plantea que se señalan como factores de riesgo a los modificables y a los no modificables. Sobre los últimos (edad, sexo, raza, antecedentes familiares de primera línea y diabetes mellitus poco o nada se puede hacer. Sobre los primeros (hábito de fumar, alcoholismo, ingestión de café, malos hábitos dietéticos exceso de sal y de grasas saturadas, la obesidad, hipercolesterolemia, el sedentarismo y el estrés), mucho se puede hacer sobre todo en la comunidad.

Tabla 3. Conocimiento de los síntomas de la hipertensión arterial. Consultorio # 7 perteneciente al área de Rodas. 2019-2021.

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	8	10	80	100
Regular	30	37,5	-	-
Mal	42	52,5	-	-
Total	80	100	80	100

Fuente: Cuestionario

Referente al conocimiento de los síntomas más frecuentes de la enfermedad, cabe destacar que antes de recibir las actividades educativas los resultados oscilaron entre mal y regular un 52,5% y un 37.5% y luego de la intervención llevada a cabo el 100% de los pacientes encuestados pudo señalar correctamente los síntomas.

En una intervención educativa realizada en el Consultorio del Médico de Familia No. 25 del Área Norte de la ciudad de Sancti Spiritus, durante los meses de febrero a marzo del 2005 se reporta que antes de poner en práctica el programa, sólo el 5,7% de los pacientes fue capaz de identificar los síntomas de la hipertensión,⁶⁹ lo cual coincide con el presente estudio, al igual que los resultados encontrados por Álvarez en el 2011.⁶⁴

Tabla 4. Conocimiento del tratamiento del paciente hipertenso. Consultorio # 7 perteneciente al área de Rodas. 2019-2021.

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	10	12,5	49	61,25
Regular	46	57,5	27	33,75
Mal	24	30	4	5
Total	80	100	80	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 4 se hace alusión al conocimiento del tratamiento de la HTA. Antes de la intervención educativa existía mayoritariamente una evaluación de regular para todos los encuestados dado por un 57,5%. Sin embargo, después de la aplicación de la misma un elevado porcentaje de los pacientes marcó de forma acertada los diferentes ítems un 61,25%. No coincidiendo estos con los resultados de la investigación llevada a cabo con García Roque.⁶⁵ y Bravo-Sotolongo ⁶⁶

Pero coinciden con los encontrados por Perera⁵⁷, Pedroso⁵⁹ López⁶⁰y Álvarez ⁶⁴

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. Corresponde al Médico de Familia, como vigilante de la salud, desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud, elevando el conocimiento que el propio paciente y el familiar tenga sobre la HTA como enfermedad crónica no transmisible, los dotaremos de un arma de inestimable valor en su control poblacional.⁷⁰

Tabla 5. Conocimiento sobre la dieta del paciente hipertenso. Consultorio # 7 perteneciente al área de Rodas. 2019-2021.

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	15	18,75	40	50
Regular	29	36,25	36	45
Mal	36	45	4	5
Total	80	100	80	100

Fuente: Cuestionario.

En las respuestas acerca de las características de la dieta del paciente hipertenso, según se observa en la tabla 5, se evidenció el nivel de información de los pacientes. En el primer momento evaluativo un 45% fue mal y después la mitad de los pacientes un 50%, reconoció que se debía comer con poca grasa y sal, y que la grasa animal es la más dañina para el organismo, lo cual coincide con lo que reportan Reyes Caballero³⁸, Álvarez ⁶⁴ García,⁶⁵ Castellanos.⁶⁶ y en su intervención educativa sobre HTA,

Tabla 6. Conocimiento sobre el ejercicio físico. Consultorio # 7 perteneciente al área de Rodas. 2019-2021.

Evaluación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	2	4,7	31	72,1
Regular	9	20,9	11	25,6
Mal	32	74,4	1	2,3
Total	80	100	80	100

Fuente: Encuesta.

Los resultados reflejados en la tabla 6, reflejan que cuando se aplicó la encuesta por primera vez la evaluación fue predominantemente mal en un 74,4%. Después de recibir el programa educativo se revirtieron las evaluaciones a bien en el 72,1% de los adultos mayores estudiados.

Castellanos⁶⁶ en un estudio similar en el que se aplicó una intervención a un grupo de pacientes aquejados de HTA, plantea que antes de la misma, más de la mitad de los pacientes incluidos manifestaron que montar bicicleta, practicar deportes sin un alto nivel de esfuerzo, hacer caminatas ligeras y caminatas a manera de paseos ayudaba a contrarrestar la dolencia. Después del trabajo los niveles aumentaron al 84,2%, lo cual coincide con la presente investigación.

El nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos antes y después de la intervención, evidencia una sustancial mejoría, lo cual coincide con lo reportado por Reyes Caballero ³⁸ Álvarez ⁶⁴ y García.⁶⁵

Según la OMS el ejercicio se reconoce como práctica de vida saludable, y se asocia no solo a la reducción del riesgo de hipertensión arterial o reducción de la presión arterial en 4 a 9 mmHg sino también se asocia a una mejor relación de niveles de lípidos y menor riesgo de desarrollar diabetes mellitus 2 por la reducción de peso. ⁷¹

Conclusiones

En la presente investigación predominaron los pacientes hipertensos del sexo femenino, así como el grupo etario de 60-64 años. El nivel de conocimientos de los pacientes sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial, síntomas, tratamiento, dieta y ejercicios físicos era mal. Se aplicó un programa de intervención educativa a partir de las insuficiencias identificadas en la etapa de diagnóstico, la cual demostró ser efectiva puesto que se elevó el nivel de conocimientos sobre HTA, además de que fortaleció la relación médico-paciente.

Recomendaciones

_Se recomienda mantener las actividades educativas y de divulgación sobre Hipertensión arterial.

_ Incorporar talleres en el programa de hipertensión como llevar una alimentación saludable a cargo de la nutricionista(o), realizar talleres de relajación y actividad física.

Referencias bibliográficas

1. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. Revista cubana de medicina [Internet]. 2017 nov. 12 [cited 2019 Jun 17]; 11(E):2-12. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/index.php/>
2. Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC/ESH 2018 sobre la hipertensión arterial, revisores expertos para la guía ESC/ESH 2018 sobre la hipertensión arterial y Comité de Guías de la SEC. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):104-108. <http://www.revespcardiol.org> el 16/06/2019
3. Salazar Cáceres PM, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 Mar 27]; 27 (1):60–6. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=116381257&lang=es&site=ehost-live>
4. Heras Benito, M.; Fernández-Reyes, M.J.; Guerrero. Niveles. Hipertensión y riesgo vascular [Internet]. 2017 July [citado 2019 Mar 27]; 34 (3). 115-119. Disponible en : [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
5. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor. Recomendaciones para la práctica clínica. Revista Médica del IMSS [Internet]. 2016 Sep 2 [cited 2019 Mar 27];54: S75–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118760686&lang=es&site=ehost-live>
6. Espinosa Brito A.D. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay. [Internet]. 2018 ene.-mar. [citado 2019 Mar 28];8(1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/20>
7. Wilber JA, Barrow JG. Hipertensión arterial en el anciano. Tratado de medicina. Anón, O. [Internet]. 2019 March. [citado 2019 Mar 27]; 18 (1): 1-6. Disponible

- en:[https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
8. Roca, Francisco Valls. [Abordaje de la hipertensión arterial en el paciente anciano.Medicina de Familia - SEMERGEN](#). [Internet]. 2015 May [citado 2019 Mar 27]; 40(1) 3-9. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
 9. Waisman, G. Hipertensión arterial en el anciano. Hipertensión y riesgo vascular. [Internet]. 2017 abril. [citado 2019 Mar 27]; 34(2): 61-64. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
 10. Ramírez-Palacios P, Gallegos-Carrillo K, Galicia-Naranjo M, Antúnez-Albarrán D, Montes-Alvarado J, Durán-Arenas L. Reorganización y manejo clínico para el control de la hipertensión en el primer nivel. Revista Médica del IMSS [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2019 Mar 27]; 56: S26–37. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129547061&lang=es&site=ehost-live>
 11. Sierra, C. Hipertensión arterial en el aciano. Hipertensión y riesgo vascular. [Internet]. 2017 January. [citado 2019 Mar 27]; 34(2): 26-29. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
 12. Dos Santos Tavares DM, Oliveira Barreto G, Aparecida Dias F, Sousa Pegorari M, Fernandes Martins NP, dos Santos Ferreira PC. Diferencias en Los Indicadores De Calidad De Vida Del Adulto Mayor Con Hipertensión Arterial Que Vive en El Área Urbana Y Rural De Minas Gerais, Brasil. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 Mar 27]; 32(1): 58–65. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=101914443&lang=es&site=ehost-live>
 13. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles. Cuba 2010-2011. Editorial Ciencias Médicas 2014. [citado 16 Jun 2019] disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indicep.htm

14. Espinoza Diaz CI, de los Ángeles Morocho Zambrano A, Pesantez Placencia LF, ShiguangoShiguango NN, Morales Carrasco AP, Córdova Córdova HS, et al. Hipertensión arterial y factores asociados en adultos mayores de la parroquia de Baños, Cuenca. Revista Latinoamericana de Hipertension [Internet]. 2018 Aug [cited 2019 Mar 27];13(4):344–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133574319&lang=es&site=ehost-live>
15. MINSAP. Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Cuba 2018. [citado 16 Jun 2019] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/.
16. Heras Benito, M.; Guerrero Díaz, M.T.; Fernández-Reyes. Influencia .Hipertensión y Riesgo Vascular[Internet].2016April [citado 2019 Mar 27];33(2) 75-76. Disponible en:[https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
17. MINSAP. Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Cuba 2019. [citado 5 Mar 2020] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/.
18. MINSAP. Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Cuba 2020. [citado 25 May 2022] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/
19. MINSAP. Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Cienfuegos 2019. [citado 16 Jun 2019] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/
20. MINSAP. Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. Rodas 2018.
21. Heras, M.; Fernández-Reyes, M.J.; Guerrero, M.T.[Mortalidad global en ancianos con hipertensión arterial: seguimiento prospectivo durante 6 años.Hipertensión y Riesgo Vascular.](#)[Internet].2017 January.[citado 2019 Mar 27];31(1).3-6. Disponible en:

- [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
22. Pérez Caballero MD. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. Rev cubana Med. 2013 [citado 29 Mar 2020]; 52(4):286-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008
 23. Margarita Fernández López. M. Hipertensión Arterial Sistémica. Información para pacientes. Educación para la Salud. Departamento de Cardiología. [Internet]. 2018 oct. [citado 2019 Mar 28]; 23(12):89- 120. Disponible en: <https://www.epsnutricion.com.mx › dptos>.
 24. García-Castañeda, Nini J.; Cardona-Arango. Factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares. [Revista Colombiana de Cardiología](#). [Internet]. 2016 November [citado 2019 Mar 27]; 23(6) 528-534. Disponible en : [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]}) .
 25. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003 May 21;289(19):2560-72. 4 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti
 26. A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013 Oct;31(10):1925-38.
 27. Beades Martínez Aimara, Fortún Campo Abel, Méndez Pimentel Madelayne, Casillas Villaseñor Mauricio. Fístula carotídeo-cavernosa asociada a hipertensión arterial no controlada. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 jun [citado 2019 Mar 27]; 22(3): 204-211. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300021&lng=es

28. Álvarez Sintés R, Báster Moro J. C, Hernández Cabrera G., García Núñez R. D. Medicina General Integral (en 5 tomos), Editorial Ciencia Médicas. Tercera Edición; La Habana: 2014. Vol IV. p 1163-1180.
29. Roca Goderich. Temas de Medicina Interna (en 3 tomos), Editorial Ciencia Médicas. Quinta Edición; La Habana: 2017. Vol I.p 379-407
30. Caucanas, C.; Blacher, Tratamiento. Tratado de medicina. [Internet]. 2018 June [citado 2019 Mar 27]; 22(3) 1-6. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language:Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language:Spanish%22]})
31. Delgado Acosta HM, Lastre Navarro K, Valdés Gómez ML, Benet Rodríguez M, Morejón Giraltoni AF, Rodríguez JR. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Segunda medición de la iniciativa CARMEN. Rev. Finlay ene, -mar. 2015 [citado 16 Jun 2019]; 5 (1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/100/1051> MINSAP.
32. Cremé Lobaina Elvia, Alvarez Cortés Julia Tamara, Selva Capdesuñer Ana, Deulofeu Betancourt Benjamin, Ianco Álvarez Anelis. Pesquisa de hipertensión arterial en una población mayor de 15 años de un consultorio médico de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2017 abr [citado 2019 Mar 28]; 21(4): 407-414. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000400004&lng=es
33. Mena-Díaz Fernanda Carolina, Nazar Gabriela, Mendoza-Parra Sara. Antecedentes de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. Hacia promoci. Salud [Internet]. 2018 de [cited 2019 Mar 27]; 23(2):67-78. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.5>.
34. Sánchez Ramírez LC, Hall Bisset Y, Pozo Vinuesa MA, Galindo Reymond D, Duany Sánchez E. Alternativa terapéutica para el tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Rev de ciencia y tecnología en la cultura física. [Internet]. 2018 septiembre–dic., [citado 2019 Jun 16]; 13(3): 193-201. Disponible en: <http://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/759>

35. Ramirez Jaramillo Alejandro, Nazar Gabriela. Experiencia de la Enfermedad Hipertensiva y adherencia en personas hipertensas pertenecientes al pueblo originario Mapuche. Cienc. enferm. [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 27]; 24: 2. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100201&lng=es. Epub 25-Sep-2018. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100201>.
36. Vinyoles, Ernest; de la Figuera, Mariano; Ferré, Josep. Características . [Formación Médica continuada en Atención Primaria](#). [Internet]. 2017 January [citado 2019 Mar 27]; 21(1): 38-45. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:\[%22language: Spanish%22\]}](https://www.clinicalkey.es/#!/search/hipertension%2520en%2520adulto%2520mayor/{%22facetquery%22:[%22language: Spanish%22]})
37. Bell Castillo Josefa, George Carrión Wilberto, García Céspedes María Eugenia, Delgado Bell Evelyn, George Bell María de Jesús. Identificación del síndrome metabólico en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2017 oct [citado 2019 Mar 28]; 21(10): 3038-3045. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000007&lng=es.
38. Reyes Caballero María Caridad, Menéndez Gálvez Lázara, Obregón Pérez Julia Nerelys, Nuñez Rodríguez Mirelis, García Aguila Elsa Jacinta. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. ENDUMECENTRO [Internet]. 2021 Mar [citado 2021 Sep 5]; 13(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742021000100149&lng=es
39. Achiong Estupiñán Fernando Jesús, Olano Moreno Miriam, Fong Ramírez Ernesto, Alfonso León José A, Achiong Alemañy Mercy, Achiong Alemañy Fernando. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas en el año 2010. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 Dic [citado 2019 Nov 13]; 49(3): 373-383. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300006&lng=es.

40. Rodríguez Roca Vilma, Veloso Mariño Bárbara María, Ortiz Aguilera Eduardo, Vier Pérez Edna Mercedes, Lalondrys Preval Evelio. Intervención educativa en pacientes con enfermedades cerebrovasculares isquémicas e hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2010 abr [citado 2019 Nov 13]; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300006&lng=es.
41. Álvarez Reyes Magalys, Morales Sotolongo Iraida, Morales Reyes Eneida, Vega Colina Belkis. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. Rev Hum Med [Internet]. 2011 dic [citado 2019 Nov 13]; 11(3): 433-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es.
42. Escobar Yéndez Nilia Victoria, Plasencia Asorey Carolina G., Almaguer Delgado Alcides J., Domínguez Eljaiek Carlos Felipe. Una mirada crítica a la competencia investigativa en el campo de la hipertensión arterial desde la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Nov 13]; 26(4): 595-606. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400002&lng=es
43. Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. En: La Situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2018. p. 1 – 13.
44. Current Gerontology and Geriatrics Research. DOI:10.1155/2010/358531. (2018)
45. Reguera Naranjo J, Cervera Estrada L, Rodríguez Ferra R, Pereira Jiménez I, Pérez Rivero JL. Autonomía y validismo en la tercera edad. En: Revista Cubana Medicina General Integral 2015; 17(3):222-6.
46. Romero Cabrera AJ. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. Aspectos Cambiantes en la epidemiología, presentación y farmacoterapia de las enfermedades en el adulto mayor. En: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas. Cienfuegos: ISSN: 1727-897X Medisur; 2014.p. 15.

47. Gunten, A., Ebbing, K., Imhof, A., Giannakopoulos, P., y Kovari, E. (2019). Brain aging in the oldest old.
48. Romero Cabrera AJ. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. La historia clínica en Geriátrica. Evaluación Geriátrica. En: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas. Cienfuegos: ISSN: 1727-897X Medisur; 2015.p. 25 a 26.
49. Barros Díaz OZ. Escenarios demográficos de la población de Cuba. Período 2014-2015. La Habana: CEDEM; 2013
50. Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2020). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. Social Indicators Research, 97, 397-417.
51. Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. En: MINSAP. Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2014 y 2015. La Habana: CEDEM; 2014.p.374-418.
52. MINKOWSKI, E. "Aspects psychologiques of the vieillesse". *Evo/ Psychiatrique*, 2014; 16: 49-72.
53. Akiskal HS. Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiat Scand* 2015;89(383):19-23
54. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307–11.
55. Chapman DP. Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2020; 5(1) http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm.
56. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiat Scand* 2019; 113: 372–87.
57. Perera Matos H. Modificación de conocimientos sobre factores de riesgo en los pacientes hipertensos. [tesis] 2012. Universidad de Ciencias Médicas. Villa Clara. <http://www.infomed.cu>.
58. Nazario Jerez B. Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes hipertensos de la comunidad [tesis]. 2013. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey. <http://www.infomed.cu>.

59. Pedroso López G. Modificación de conocimientos sobre los factores de riesgos modificables en pacientes hipertensos. [tesis] 2012. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey. <http://www.infomed.cu>.
60. López García S. Intervención educativa sobre estilos de vida saludable en pacientes con hipertensión arterial. [tesis]. 2012. Policlínico "Cerro". La Habana. <http://www.infomed.cu>.
61. Pérez Manso K. Modificación de conocimientos en pacientes con hipertensión arterial pertenecientes a un grupo básico de trabajo. [tesis]. 2009. Policlínico "Plaza". La Habana. <http://www.infomed.cu>.
62. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. AMC [Internet]. 2008 Ago [citado 2021 Nov 01] ; 12(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009&lng=es.
63. Ferrer Herrera Ismael, Sánchez Cartaya María Esther, Betancourt Fernández Isolina, Romero Sánchez María del Carmen. Intervención comunitaria educativa del paciente hipertenso en un área de salud. AMC [Internet]. 2003 Jun [citado 2021 Nov 01] ; 7(3): 252-262. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000300001&lng=es
64. Álvarez Reyes Magalys, Morales Sotolongo Iraidia, Morales Reyes Eneida, Vega Colina Belkis. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. Rev Hum Med [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Nov 01] ; 11(3): 433-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es.
65. García Roque Y. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos del consultorio 40 del Policlínico Norte de Camaguey [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay; 2007.
66. Castellanos Áreas JA. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev. Rev Cubana Med Gen Int. 2002; 16(2): 138-43.

67. García Roque Y. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos del consultorio 40 del Policlínico Norte de Camaguey [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay; 2007.
68. Bravo-Sotolongo M. Intervención educativa a los pacientes con nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [revista en Internet]. 2018 [citado 1 Nov 2021]; 9 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1016>
69. Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, García Roche R, Carbonell García I, Achiong Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Revista Finlay [Internet]. septiembre de 2018 [citado 25 Ene 2021]; 8 (3): 180-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342018000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
70. Arredondo Bruce Alfredo Enrique, Martínez Chavez Surama, González de la Cruz Ygber, Trench Rodríguez Lusmarys. Análisis de la adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Sep 5]; 40(3). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-1824018000300004&lng=es
71. Ali Pérez NA, Reyes Ali JF, Ramos Labrada N, Herrada Cuevas M, García Álvarez R. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial “Renato Guitart Rosel”. MEDISAN. [Internet]. 2018 [citado 2021 May 5]; 22(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400003&lng=es

ANEXOS

Anexo I

Aval del director de la institución o unidad ejecutora principal.

El que suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado:

___ en su condición de institución ejecutora.

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, ASS y cuadro clínico de la provincia que tiene como principales resultados científicos, económicos y/o sociales a obtener:

Científicos: Este estudio aportará

Social:

Económico:

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a

—
Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la jefa del proyecto a los ----- días del mes de ----- del 20---

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo II

Planilla de consentimiento informado

Yo (nombre y apellidos): _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación del paciente es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio.

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto mi conformidad para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos y las condiciones detalladas en la explicación recibida.

Firma del paciente

Fecha: _____

ANEXO III

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Estimado paciente:

Con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos de los adultos mayores del consultorio No. 4, de la Policlínica Comunitaria de Previsora, se está desarrollando una investigación. Para ello solicitamos su colaboración. Los datos aportados por Ud., serán procesados por personal competente y confiable. Le agradecemos de antemano por su participación en el estudio.

1. Edad: _____.

2. Sexo: _____.

3. Raza: _____.

4. Conocimiento de los factores de riesgos de la hipertensión:

Marque con una V los que considere verdaderos.

4.1 Antecedentes Familiares de Hipertensión Arterial.

4.2 Hábitos Tóxicos.

4.3 Obesidad

4.4 Artrosis

4.5 Colesterol Elevado

4.6 Anemia.

5 ¿Conoce usted los síntomas y signos de la Hipertensión Arterial? Marcar con una X:

5.1_____Dolor de cabeza.

5.2_____Rubor facial.

5.3_____Sed, Hambre.

5.4_____Orina mucho.

5.5_____Dolor precordial.

5.6_____Dolor de estómago.

5.7_____Zumbido en el oído.

6. ¿Qué usted considera que debe ser el paciente Hipertenso con el tratamiento? Marcar con una X:

6.1_____Cambiar el medicamento.

6.2_____Suspender el medicamento si no aparecen síntomas.

6.3_____Cumplir el tratamiento diario indicado por el médico.

6.4_____Controlarse con la dieta si no presenta elevación de la tensión arterial.

7. La dieta del hipertenso requiere: Marcar con una X:

7.1_____Comer con poca azúcar

7.2_____Hacer una sola comida

7.3_____Comer con poca grasa y sal

8. Un paciente hipertenso en relación con el ejercicio debe: Marcar con una X:

8.1____Practicar ejercicio físico diariamente

8.2____Tratar de no hacer ejercicio físico

8.3____Realizar ejercicio físico intenso

8.4____Asistir al Círculo de Abuelos

ANEXO IV

Introducción:

El Programa Nacional de HTA en Cuba, ha incluido entre sus objetivos la modificación del estilo de vida de los pacientes, y entre los aspectos que propone considerar en la historia clínica aparecen los factores psicosociales y ambientales que influyen sobre el individuo. El perfeccionamiento de la prevención y control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, por lo que debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

Objetivo General:

Incrementar el conocimiento en el adulto mayor sobre la HTA del Consultorio Médico de la Familia No 4 Policlínica Docente Previsora.

Objetivos Específicos:

1. Brindar información general sobre definición, tratamiento, síntomas y factores de riesgo asociados a la HTA.
2. Explicar la importancia del tratamiento farmacológico.
3. Fomentar la importancia de la dieta y el ejercicio físico.

Actividad # 1

Tema: Presentación del Curso.

Tiempo: 45 min.

Objetivo:

Presentar los participantes.

Formar los subgrupos.

Comprobar los conocimientos.

Materiales: Lápiz, hoja y encuesta.

Técnica: Exposición, Lluvia de ideas.

Actividad # 2

Tema: Aspectos generales de la HTA.

Tiempo: 45 min.

Objetivo:

Definir concepto de HTA. Conocer los síntomas de la crisis de hipertensión.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Lectura comentada.

Actividad # 3

Tema: Factores de riesgo de la HTA

Tiempo: 45 min.

Objetivo: Dar a conocer los factores de riesgo de la HTA.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Charla educativa.

Actividad # 4

Tema: Tratamiento de la HTA.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Conocer los efectos adversos de los principales hipotensores.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Charla educativa, Discusión grupal.

Actividad # 5

Tema: Dieta.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Explicar el tipo de dieta del paciente hipertenso.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Charla educativa, Discusión grupal.

Actividad # 6

Tema: Ejercicio Físico.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Demostrar varios tipos de ejercicios físicos para el adulto hipertenso.

Material. Ropa deportiva.

Técnica: Demostración, Socio – Drama.

Actividad # 7

Tema: Resumen del curso.

Tiempo: 45 min.

Objetivos: Realizar un resumen de todo lo aprendido.

Aplicar la encuesta.

Material. Pizarra, tizas, lápiz y hoja.

Técnica: Charla educativa, PNI (Positivo–Negativo–Interesante).