

UNIVERSIDAD CIENCIEGOS

Policlínico Docente Fabio Di Celmo. Área VIII. Cienfuegos

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES HIPERTENSOS MAYORES DE
60 AÑOS DEL CONSULTORIO 11 DE PEPITO TEY ÁREA VIII CIENFUEGOS
2021-2023.**

Autor: Dra. Lisney Ramírez Lamothe

Residente de 3er año en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Irma María Marqués Gonzáles

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora asistente.

Trabajo de terminación para optar por el título de especialista de primer
grado en Medicina General Integral

“Año 65 de la Revolución”

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial está identificada como un problema de salud a escala mundial por su papel principal como factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. **Objetivo:** Aplicar una estrategia de intervención educativa para contribuir a modificar el nivel de información sobre los factores de riesgo en pacientes hipertensos mayores de 60 años del consultorio 11 “Pepito Tey” del área VIII, Cienfuegos 2021-2023. **Método:** se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención en el consultorio 11 del área VIII. El universo estuvo constituido por 184 hipertensos y la muestra de 76 hipertensos determinada por muestreo aleatorio simple. Se utilizaron métodos empíricos, de diagnóstico y estadístico; y variables como edad, sexo, color de la piel, estado civil, escolaridad, ocupación, factores de riesgo y nivel de conocimientos. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas y se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010. **Resultados:** predominó el género femenino (55.3%) del grupo de 60 a 69 años (42.1%) y de escolaridad secundaria terminada (30.3%), presentando color de piel blanca (39.5%), estado civil de casadas (40.8%) y ocupación jubiladas (51.4%). Dentro los factores de riesgo que más incidieron en los pacientes hipertensos estuvieron el tabaquismo (44.7%), el sedentarismo (30.3%) y la herencia (27.6%). Se logró incrementar en un 88.2% los conocimientos para modificar el nivel de información sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial. **Conclusión:** se logró modificar aspectos en cuanto al nivel de información en los pacientes, concientizándolos de la importancia de la realización de ejercicios físicos y de mantener una dieta adecuada, así como cumplir diariamente con el tratamiento medicamentoso indicado.

Palabras clave: hipertensión arterial, factor de riesgo, nivel de conocimiento.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA), constituye uno de los problemas médicos sanitario más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y en Cuba, el control es, el factor aislado más importante sobre el que hay que actuar para disminuir en forma significativa la cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y renales que se manifiestan en la población adulta.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables, directa o indirectamente, de morbilidad, mortalidad, pérdida de calidad de vida y altos costos sanitarios en los adultos de todos los países, incluyendo los industrializados y con más desarrollo económico.¹

Es una condición clínica multifactorial caracterizada por niveles elevados de la presión arterial. Además, 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.¹⁻⁴ Un diagnóstico precoz con acompañamiento efectivo y adecuado por los equipos de salud ayudan en el control de la presión arterial reduciendo complicaciones cardiovasculares, infarto de miocardio agudo, accidente cerebral vascular, problemas renales entre otras.¹ Representa por sí misma una enfermedad, y a la vez un factor de riesgo importante para otros padecimientos como las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal, entre otras. Reportes científicos reflejan que esta problemática de salud afecta aproximadamente un billón de personas en todo el orbe; cifra está que se incrementará, a menos que se implementen medidas preventivas eficaces para prevenirla.⁵

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial en cifras iguales o mayores a 140/90 mm/Hg (Organización Mundial de la Salud [OMS]). Es uno de los problemas crónicos de salud que afecta gravemente a la población mexicana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), llevada a cabo en 2012 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), pudo identificarse que la prevalencia de HTA en México fue de 31.5% (uno de cada tres personas), de las cuales 47.3% desconocía padecer

esta enfermedad. El grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20-29 años). La prevalencia de HTA es más alta en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%) y en el nivel socioeconómico alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%). El estado de Sonora ocupa el quinto lugar en relación a la prevalencia de este padecimiento, con 38%, siete puntos porcentuales por arriba de la media nacional.

En Estados Unidos, es la población latina (mayoritariamente de descendencia mexicana) la que presenta los porcentajes más bajos en el control de la HTA. ⁶

Se estima que anualmente son diagnosticados 450 000 casos nuevos en México y que esta cifra podría duplicarse si se considera que hasta 47.3% de las personas con hipertensión desconocen que padecen esta enfermedad. En las pasadas dos décadas, la HTA se ha mantenido entre las primeras nueve causas de muerte en México, y en los pasados seis años, la tasa de mortalidad por esta causa ha incrementado 29.9%. Esto ubicó a la HTA, en el año 2015, como la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles. ⁷

Solo una de cada cinco personas con hipertensión en América Latina y el Caribe consigue mantener su presión arterial por debajo de 140/90. La OPS impulsa políticas y proyectos para incidir desde la salud pública en la prevención de la HTA. ⁸

En América Latina, la hipertensión arterial es causante de alrededor del 30% de fallecimientos, se pronostica que estas tasas de mortalidad aumentarán en un 14,5% para el año 2020; en cambio la Guía Latinoamericana de hipertensión revela también la prevalencia de esta enfermedad en algunos países, siendo Colombia con 23% y Perú con 24% los menos afectados, así Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela reportan cifras que van desde el 25 al 35%; en el caso particular de Ecuador la prevalencia se encuentra en un 29%.

Las 3 primeras causas de muertes en las Américas obedecen a enfermedades isquémicas del corazón (9.2%), enfermedad cerebrovascular (7.7%) y la Diabetes

mellitus (6.5%), en nuestro país responde de manera similar, las enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), los tumores malignos de tráquea, bronquios, pulmón, próstata, colon, mama Útero y Cuello del útero estos últimos en la mujer (13.2%) y las enfermedades cerebrovasculares un 9.3%. ⁹

Desde la década del 70 del pasado siglo, Cuba fue invitada por la Organización Mundial de la Salud a participar en un proyecto denominado "Programa para el control comunitario de la Hipertensión Arterial". A partir de aquí, se hacen ingentes esfuerzos para limitar el daño y la repercusión que a nivel individual, familiar y social tiene este problema de salud. ⁸

El país no escapa de este cuadro con una población envejecida y poca percepción del riesgo en la población general, prevaleciendo elevada cuantía de factores de riesgo asociados. Para lograr los objetivos trazados con vistas a resultados de salud más alentadores en el 2025, serán la Hipertensión Arterial (HTA) y la prevención secundaria los objetivos claves en los que se pudieran obtener mayores avances en un menor plazo. ¹ Además, refleja cifras de Hipertensión Arterial de 225.1 por cada 1000 habitantes. Por su parte la provincia Cienfuegos tiene una tasa de prevalencia de 230.1 por cada 1000 habitantes y la evidencia clínica sugiere que esta problemática de salud continuará en aumento. ¹⁰

La HTA se ha consolidado, a lo largo del tiempo, como una de las enfermedades más constantes en cuanto a parámetros de salud negativos. La OMS estima que unos 9 millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de vida sana perdidos anualmente se deben, a niveles peligrosos de tensión arterial (TA). Por enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables del 71% de las muertes que se producen en el mundo. Entre los 30 y 69 años de edad cada año mueren por ENT 15 millones de personas; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. Al cierre del año 2017 el 82.1% de los fallecidos en Cuba obedecen a las ENT (87 mil 853 fallecidos con

tasa de 782.3 x 105 habitantes) En el periodo estudiado tienen un incremento promedio de 2.1% anual.¹¹

Más de 2 millones de cubanos padecen esta enfermedad actualmente. Durante el 2016 la prevalencia total de HTA fue de 219.4 por 1000 habitantes en el país. Según grupos de edad, las féminas de edades más jóvenes resultaron ser las más hipertensas.¹² En la provincia (prevalencia en Santiago de Cuba de 179,9/1000 habitantes) y en el área de salud donde se desarrolla la investigación (19,3 %), según datos del análisis de la situación de salud del área.¹³

Hoy se considera como cierto, que el mayor riesgo de padecer de una enfermedad coronaria, cerebrovascular, renal, arterial periférica y otras consecuencias deletéreas relacionadas con la HTA, está ligado al nivel de las cifras de presión arterial (PA) que tenga una persona. En otras palabras, mientras más bajas sean sus cifras habituales de PA, menor será el riesgo de padecer esos daños, lo contrario sucede a medida que esas cifras se van elevando, lo que justifica conocer las cifras de PA de las personas y, en los que ya son catalogados como hipertensos, para que se mantengan controlados.¹⁴

No se debe prescindir de las guías de práctica clínica, pues ellas constituyen cuando cumplen todos los requisitos de calidad necesarios valiosas herramientas auxiliares con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad de los pacientes, al compilar un conjunto de orientaciones, bien sistematizadas; en el caso que nos ocupa, no solo criterios sobre cifras de PA, que apoyan la actuación médica frente a un paciente, basadas en las que se consideran como las mejores, entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento, en un momento y lugar dados.¹⁵ Sobre todo cuando las guías, además de representar la opinión de las diferentes instituciones, estén escritas tras una revisión completa de la evidencia disponible en cada caso, por lo que los profesionales de la salud deberían tenerlas en cuenta en su juicio clínico, luego de evaluar su calidad y pertinencia, a la hora de la toma de decisiones.

En el caso de la HTA se presentan algunas situaciones particulares debido, en primer lugar, al gran número de guías existentes con diferentes enfoques y, por otra parte, por la ya mencionada complejidad de esta condición, que hace que

muchas guías sean muy extensas y haya necesidad de una capacitación/actualización continuada en este tema para dominarlas, lo que limita su uso práctico para el médico asistencial dedicado a su labor cotidiana, sobre todo en la atención primaria.¹⁶

Los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución aprobados por el VII Congreso del Partido y la Asamblea Nacional del Poder Popular, en abril-julio de 2016 (Lineamientos 123,124 y127), orientan el desarrollo integral de la salud pública. Lo anterior nos conduce a realizar un trabajo que dé respuesta a la importancia que tiene desarrollar en Cuba una política de control de los factores de riesgo de enfermedades vasculares y la hipertensión arterial tiene prioridad absoluta, tanto por su magnitud como por su grado de influencia y factibilidad de control.¹⁷

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el adecuado control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. La debida percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión media de la población, lo que a su vez impacta sobre los factores asociados a la HTA; fundamentalmente sobre la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos en sangre, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.^{1, 18}

En la atención primaria de salud se recomienda la búsqueda de pacientes con HTA, midiendo la presión arterial a todos los que entran en contacto con sus servicios, así se van detectando de forma paulatina nuevos casos que de no haber hecho ese protocolo no supieran de su condición. La conducta ante ellos consiste en brindarles orientación y educación de forma individual en visitas de terreno y consultas y potenciar acciones de promoción de salud para modificar sus estilos de vida favoreciendo así la adhesión de prácticas saludables.¹⁹

Fundamentación del estudio

A partir de estudios publicados en los últimos años, se reconoce como problema de salud, la prevalencia de HTA en la población y su diagnóstico tardío a nivel de la Atención Primaria de Salud, afección que debe ser tratada de manera inmediata y correctamente. Dado la magnitud de ésta problemática de salud y la falta de conocimiento de sus factores de riesgo y a la ausencia de intervenciones educativas se hace necesario implementar dichas acciones de salud dirigidas a la población hipertensa y no hipertensa que permitan elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo de HTA, modificando su estilo de vida y mejorando la calidad de vida de la población.

Problema Práctico

Atendiendo al incremento del número de pacientes con hipertensión arterial en la población del consultorio médico de la familia 11 de “Pepito Tey” del área VIII del municipio Cienfuegos, se hace necesario establecer como proceso prioritario programas de capacitación y seguimiento que promuevan el conocimiento y desarrollo de estilos de vida saludables, orientados a resolver el problema de salud causado, ya sea por el sedentarismo, inadecuada alimentación, consumo de tabaco, alcohol y el estrés; con esta investigación se pretende implementar una intervención educativa encaminada a modificar el nivel de información sobre factores de riesgo en la población hipertensa mayores de 60 años de dicho consultorio.

Problema de investigación

¿Cómo contribuir a modificar el nivel de información sobre los factores de riesgo una vez aplicada la intervención educativa en los pacientes mayores de 60 años con hipertensión arterial del consultorio médico de la familia 11 de Pepito Tey del área VIII del municipio Cienfuegos, en el periodo enero de 2022 a enero de 2023?

Actualidad.

El Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), tiene como objetivos desarrollar mejorar el estado de salud de la población, expresado en las transformaciones favorables de los indicadores de salud, así como lograr la calidad de los servicios que se brinda y la satisfacción de la población.²⁰

El estudio está en correspondencia con los Lineamientos 127 y 130 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021, aprobado en el 7mo Congreso del Partido en abril de 2016 y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en julio de 2016 que plantean: Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población y Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional y eficiente de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.¹⁷

Novedad científica

Los referentes teóricos analizados correspondientes a la intervención educativa para modificar el nivel de información sobre los factores de riesgo en pacientes hipertensos mayores de 60 años del consultorio 11 de Pepito Tey del área VIII del municipio Cienfuegos como objeto de estudio de la investigación, permitirán una aproximación científicamente documentada, para precisar los principales aspectos a tener en cuenta en el proceso de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de los mismos.

Aportes

- Práctico: Partiendo de sus resultados se podrán tomar acciones de salud que incidan en los factores de riesgos modificables, lo que redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

General

Aplicar una estrategia de intervención educativa para contribuir a modificar el nivel de información sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes mayores de 60 años del consultorio 11 de Pepito Tey del área VIII, Cienfuegos en el periodo enero de 2022 a enero de 2023.

Específicos

1. Caracterizar a los pacientes hipertensos mayores de 60 años según edad, sexo, color de la piel, estado civil, escolaridad, y ocupación.
2. Evaluar el nivel de información sobre los factores de riesgo en pacientes hipertensos.
3. Implementar la estrategia educativa para modificar nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo en pacientes hipertensos.
4. Evaluar nivel de conocimientos antes y después de aplicar estrategia de intervención educativa.

MARCO TEÓRICO

El principal factor que permite la circulación de la sangre y determina la presión arterial es el volumen de sangre en las arterias, ya que sin volumen no hay presión, y a más volumen, mayor presión. Otros factores que también determinan de forma importante la presión arterial son el gasto cardiaco (cantidad de sangre que sale del corazón por unidad de tiempo) y la resistencia periférica (viscosidad de la sangre y el mecanismo vasomotor de las arteriolas), tanto el gasto cardiaco como la resistencia periférica son controlados por el sistema nervioso autónomo.

21

La Hipertensión Arterial en términos generales significa que existe una presión arterial mantenida más elevada de lo normal en el sistema circulatorio, por lo que las estructuras del sistema orgánico se ven forzadas en sus funciones. Este sobreesfuerzo a corto y medio plazo genera un deterioro progresivo en ciertos órganos, como el corazón, los vasos sanguíneos, el riñón, el ojo, y el cerebro, y este deterioro se va produciendo sin que el enfermo sea consciente de ello, por eso se le conoce como daño orgánico asintomático. Sobre este concepto, daño orgánico asintomático, se ha demostrado que es un indicador importante del nivel de deterioro que produce la HTA y del incremento del riesgo de eventos cardiovasculares. Es por ello que se emplea para en el diagnóstico y el seguimiento de la HTA, y para valorar la intensidad y el objetivo de tensión en el tratamiento de los pacientes con HTA. A largo plazo la HTA si no se trata o no es controlada debidamente va deteriorando de forma progresiva dichos órganos y finalmente da lugar a la presentación de enfermedades cardiovasculares (ECV) y/o complicaciones cardiovasculares como el infarto de miocardio, hipertrofia ventricular, ictus, insuficiencia cardiaca o insuficiencia renal.²¹

En Cuba, en el primer Programa Nacional de Hipertensión Arterial de 1975, al frente del cual se encontraba el profesor Ignacio Macías Castro, se definió, que para catalogar a una persona como hipertensa, sus cifras de PA debían ser $\geq 160/95$ mmHg.¹⁴

En el Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna de 1984 (conocido popularmente como Normas de Medicina Interna, en su

segunda versión) se mencionaba: “serán clasificados como hipertensos de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (señalados en el Programa de Hipertensión y con los cuales trabaja la Comisión de Hipertensión de Cuba) aquellos sujetos que se encuentren incluidos, o por encima, en las cifras que para cada intervalo de edades se señalan a continuación”: ¹⁴

En las Guías del Proyecto Global de Cienfuegos, publicadas por primera vez en 1994 y luego revisadas en el Proyecto CARMEN de Cienfuegos, en 2005, se aceptaron las cifras de $\geq 140/90$ mmHg.

La Guía Cubana de Hipertensión Arterial (GCHTA), como habitualmente se le conoce, tuvo su origen en el Programa Nacional de Hipertensión de fines de siglo, editado en el año 1998, y distribuido en todo el país, en esa guía entonces se adoptaron prácticamente los mismos criterios del Joint National Committee en su versión 7 en cuanto a las cifras para considerar a un adulto como hipertenso, cifras de $\geq 140/90$ mmHg. Se han sucedido ediciones de esta Guía en los años 2003, 2006 y 2008, basadas en actualizaciones acordes al desarrollo de los conocimientos y aportes de importantes documentos como el mencionado JNC norteamericano y las guías editadas por la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, entre otras, así como en la experiencia profesional de los miembros de la Comisión Nacional de HTA, pero que no variaron los límites de las cifras antes señalados. ¹⁴

En el 2017 se ha publicado la versión más reciente de la Guía Cubana de Hipertensión Arterial (GCHTA) en un Suplemento Especial de la Revista Cubana de Medicina, donde se mantiene la definición de la HTA como la elevación de la PAS a 140 mmHg o más, o la PAD a 90 mmHg o más, o ambos valores inclusive. Esta definición es aplicable para los adultos. En los niños están definidas, en dicho documento, otras cifras o valores de la PA según su edad, sexo y talla.

Asimismo, la mencionada GCHTA de 2017 añade que en la práctica clínica se definen otros tipos de HTA:

- HTA sistólica aislada. Es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera así cuando la PAS es igual o mayor de 140 mmHg y la PAD es menor de 90 mmHg.
- HTA de bata blanca. Se considera con este tipo de HTA a las personas que tienen elevaciones de la PA frente al médico y es normal cuando es medida por personal no médico fuera de ese contexto (familiares, vecinos, enfermeros u otras personas o técnicos).
- HTA maligna. Es la forma más grave de HTA y se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva significativa.
- HTA enmascarada. Es cuando la PA es normal en consulta y alta fuera del ambiente sanitario.¹⁴

A continuación, se muestra la clasificación de la PA para adultos de 18 años y más, publicada en la GCHTA de 2017, que se basa en valores de las cifras y tiene el propósito de identificar individuos en riesgo de padecer HTA (prehipertensos), así como facilitar el tratamiento y la evolución de los ya enfermos o hipertensos.¹⁴

La Hipertensión Arterial está asociada a distintos factores personales tanto no modificables, como modificables; estos últimos nos dan la posibilidad de prevenir o retardar la aparición de esta enfermedad.²²

1. Los no modificables: son aquellos cuya aparición no dependen del individuo como la edad, el sexo, la raza y la herencia.
2. Modificables: son aquellos cuya aparición está estrechamente ligadas a hábitos del individuo como el tabaquismo, obesidad, stress, alcoholismo, la elevada ingesta de sodio y el sedentarismo y una vez identificados uno o varios factores de riesgo, estos se pueden modificar mediante el curso de una acción del tipo de un programa de intervención basado en educación para la salud.²²⁻

Factores de riesgo no modificables.

Herencia

La historia de hipertensión arterial en familiares de primer grado de consanguinidad, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad hipertensiva. El crecimiento intrauterino retardado, tiene un importante papel en el

futuro funcionamiento de muchos órganos y sistemas. En las últimas décadas se ha sugerido que los eventos implicados en el desarrollo fetal normal tienen efectos a largo plazo e influyen en la salud durante la vida adulta. Variables como desarrollo fetal, peso placentario, bajo peso al nacer, bajo perímetro cefálico y ganancia acelerada de peso durante el primer año de vida, se han relacionado con un mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial. Aunque las adaptaciones postnatales pueden ser las responsables de este comportamiento.²²

Edad

Al momento del nacimiento el promedio de la presión arterial sistólica y diastólica en los países desarrollados se encuentra aproximadamente entre 70 y 50 mmHg respectivamente. Generalmente, la presión sistólica va aumentando poco a poco desde la niñez, adolescencia y la edad adulta hasta alcanzar un valor cerca de los 140 mmHg en la séptima u octava década de la vida, esto se debe a la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las paredes de las arterias. La presión diastólica también tiende a incrementar con la edad, pero con una tasa de crecimiento menor que la sistólica, e incluso tiende a estabilizarse después de la quinta década. Esto no sucede en todas las poblaciones, lo cual demuestra que el aumento de la presión arterial con la edad no es una necesidad biológica. Cuanto más joven sea el paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial mayor es la reducción de vida si se deja de tratamiento.

Sexo

En la primera infancia parece no haber variación en los niveles de presión arterial entre sexos, pero desde el inicio de la adolescencia los hombres tienden a un nivel más alto que las mujeres. Esta diferencia se hace más evidente en la juventud y la mediana edad. Alrededor de los 50-60 años esta conducta se invierte, lo que reflejaría de manera parcial, la muerte prematura de los hombres con presión arterial más alta. Aunque las mujeres posmenopáusicas tienen la misma probabilidad de presentar enfermedad cardiovascular que los hombres de la misma edad, esto cambia con la terapia de reposición hormonal, ya que el estrógeno está relacionado directamente con efectos protectores sobre el sistema cardiovascular, a corto y largo plazo.

Raza

La población negra tienden a presentar presiones más altas que la población blanca a la misma edad, existiendo diferencias entre un lugar geográfico y otro. Estudio como el National Health and Nutrition Examination Survey en Estados Unidos, reporta una alta prevalencia de la hipertensión arterial en la raza negra, el cual muestra una prevalencia de 40,5% en la raza negra, mientras que en blancos es de 27,4% y en latinos de 25,1%.²²

Factores de riesgo modificables

Obesidad

Los mecanismos por los que la obesidad y la distribución de la grasa corporal conllevan un aumento del riesgo de HTA no son bien conocidos. La distribución de la grasa corporal está asociada con la resistencia insulínica que, puede ser una importante causa de HTA; sin embargo, en sujetos delgados, normoglucémicos e hipertensos sin tratamiento presentan más insulinoresistencia que los sujetos normotensos. Igualmente, los pacientes que desarrollan HTA precoz tienen con más frecuencia alteraciones lipídicas, pudiendo ser la resistencia insulínica la que subyace en el conjunto de alteraciones aterogénicas. Es conocido que un incremento en la relación cintura-cadera, es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de HTA.

En individuos obesos el gasto cardíaco, el volumen de eyección y el volumen intravascular son más altos, con una correlación aún mayor con los ácidos grasos libres (AGL) que con la masa adiposa. Se observa mayor nivel de la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) que refleja un fallo en la inhibición de la descarga simpática cardíaca. La mayoría de pacientes obesos presentan resistencia a la insulina.²²

El sobrepeso, y sobre todo la obesidad, se asocian frecuentemente a hipertensión sistólica. En estos pacientes se encuentra rigidez de las arterias de mayor calibre. También se observa engrosamiento de la pared de las carótidas, de la íntima-media y una relación inversa entre la función endotelial y el índice de masa corporal. Se ha sugerido como causa de estas alteraciones a la estimulación del sistema nervioso simpático por intermedio de la leptina, una

hormona que se forma en el tejido adiposo. De nuevo, esto podría ser causa principal o coadyuvante de la rigidez de las arterias de conductancia ya que la adrenalina y la noradrenalina engrosan y reducen la complianza de las paredes arteriales.

Epidemiológicamente se ha demostrado una correlación positiva entre el peso corporal y la HTA, mecanismo mediado por hiperinsulinismo a modo de compensación de la resistencia a la insulina, estimulando el sistema nervioso simpático. También se han encontrado trastornos como la resistencia a la insulina, activación del sistema nervioso simpático, retención de sodio, resistencia a leptina e incluso cambios en la estructura del parénquima renal, aunque la vasoconstricción y la retención de sodio son los principales mecanismos de elevación de la presión. La mayoría de estos efectos son reversibles en la medida que se disminuye el peso corporal. El control del peso corporal, se considera la base principal del tratamiento no farmacológico y en consecuencia una de las medidas más eficaces en la prevención primaria de la hipertensión arterial y de los factores de riesgo cardiovascular asociadas a la misma.

La ganancia de peso/obesidad constituye el agente ambiental decisivo que permite su aparición. La obesidad se correlaciona directamente con la hipertensión arterial en adultos puede ser responsable de hasta un 30 % de los casos. En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 21 y 13 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD).¹

Sedentarismo

Varios estudios han demostrado que el ejercicio regular y la actividad física se con niveles menores de presión arterial (PA) y menor prevalencia de HTA. El ejercicio físico previene y reestablece las alteraciones en la vasodilatación dependiente del endotelio que aparecen con la edad. Además del efecto sobre la PA, el ejercicio influye favorablemente sobre determinados factores que se relacionan con la cardiopatía isquémica como son la reducción del colesterol y triglicéridos, de la

agregación plaquetaria y del peso; aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y la tolerancia a la glucosa.

Dislipidemia: El estudio de Framingham demostró que el aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA. Son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que involucran un riesgo para la salud, la hipertensión arterial y la dislipidemia con frecuencia se manifiestan de manera concomitante en el contexto clínico de la obesidad y la insulino resistencia,

Diabetes Mellitus: La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.²²

Síndrome Metabólico: Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono, criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

Estrés

El estrés es un estimulante evidente del sistema nervioso simpático. Los individuos hipertensos y los que probablemente presentarán hipertensión sufren mayor estrés o responden a él de una manera diferente. Existen estudios que avalan que las personas expuestas al estrés psicógeno pueden desarrollar hipertensión más frecuentemente que quienes no lo sufren. Incluso en individuos jóvenes sanos se ha demostrado disfunción endotelial transitoria después de experimentar estrés mental. Además, la exposición al estrés no sólo puede aumentar la PA por sí sola, sino que también puede generar un aumento del consumo de alcohol y de lípidos. La vía final común para muchos de estos factores es el sistema nervioso simpático (SNS), que participa en las primeras etapas del desarrollo de la hipertensión esencial y en los efectos hipertensivos de la sal, la obesidad, el sedentarismo, y posiblemente también, el estrés.

Alcohol

En las dos décadas anteriores, los estudios epidemiológicos han establecido una relación entre el consumo de alcohol y la HTA, en ambos sexos y para todos los

tipos de bebidas alcohólicas. El consumo excesivo de alcohol debe ser considerado como un posible factor de riesgo para la HTA. Se han descrito varios posibles mecanismos por los que el alcohol media su efecto en la PA:

- Aumento de los niveles de renina-angiotensina y/o de cortisol.
- Efecto directo sobre el tono vascular periférico, probablemente a través de interacciones con el transporte del calcio.
- Alteración de la sensibilidad a la insulina.
- Estimulación del Sistema Nervioso Central.
- Depleción de magnesio que podría provocar vasoespasmo e HTA.

El consumo excesivo de alcohol se relaciona con un aumento de la PA, así como con arritmias cardíacas, miocardiopatía dilatada y accidentes cerebrovasculares hemorrágicos. La mortalidad por accidente cerebrovascular hemorrágico aumenta en caso de consumo excesivo de alcohol.²²

Existen estudios que sugieren que el consumo moderado de alcohol protege de la enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Se ha descrito que en las personas con consumo moderado de alcohol, existe una reducción significativa de las moléculas de adhesión endotelial en comparación con los bebedores importantes o con los abstemios, contribuyendo en la protección contra la aterosclerosis.

La mortalidad por enfermedad cardiovascular es menor en personas que ingieren alcohol moderadamente (< 2 copas/día). Ingesta baja de potasio La baja ingesta de potasio (K) en la dieta puede ser un factor de riesgo para la aparición de HTA y de accidentes cerebrovasculares. El K posiblemente desempeña un papel en la prevención de la HTA, pero es improbable que sea tan importante como otros factores, tales como la actividad física, la restricción de sodio, la moderación en el consumo de alcohol y la reducción de peso. Los efectos beneficiosos del K pueden ser debidos a la disminución de la respuesta vascular a otros vasoconstrictores (probablemente mediado por favorecer la liberación de óxido nítrico por el endotelio). También parece existir una relación del K con los cambios en la excreción de sodio (Na): la retención de Na inducida por bajos niveles de K en la dieta, contribuye a elevar la PA en 5- 7 mmHg en pacientes con HTA. (40)

Los suplementos de K tienden a disminuir la PA en pacientes hipertensos, así como en normotensos.

Ingesta de sal

El consumo excesivo de sodio (Na) que se ingiere en la dieta en forma de cloruro sódico (sal común, 60% cloruro y 40% sodio), de manera que por cada 2,5 g de sal se toma 1 g de sodio, es uno de los principales factores responsables del origen de la HTA, que induce al aumento del volumen sanguíneo y de la precarga, lo cual eleva el gasto cardíaco. Esta ingesta excesiva es la causa de 30% de la prevalencia de hipertensión en el mundo. El consumo elevado de sal también causa cálculos renales y tiene una fuerte asociación y una base fisiopatológica con la osteoporosis, la mayor gravedad del asma y la obesidad. Los mecanismos por los cuales la ingesta excesiva de Na induce HTA se encuentran los defectos en la excreción renal de Na: vasoconstricción renal y mayores índices de reabsorción proximal de Na. El aumento de la actividad del intercambiador sodio - hidrógeno en el túbulo proximal, mayor nivel en la actividad del SNS. ²²

La meta internacional para el 2020 es que cada persona ingiera por día menos de un total de 2000 mg de sodio o 5 g de sal. Los países deberían utilizar los métodos más fidedignos y válidos para determinar un nivel de referencia de las fuentes principales de sal en el régimen alimentario de la población, es decir, la sal presente en los alimentos procesados comercialmente y los alimentos consumidos en los restaurantes o provistos por los servicios de comida, se agregada antes de comercializarlos, y la sal u otros productos de alto contenido de sal agregados en la mesa y al cocinar, y el consumo de sal a nivel de la población. Los principales condimentos ricos en sodio son: Sal de ajo y cebolla, ablandadores de carne, consomé en polvo, polvo para hornear, salsa de soya, catsup, salsa inglesa, aderezos ya preparados, otros como alimentos embutidos, productos de salchichería y enlatados.

Tabaquismo

El tabaco puede elevar, de forma transitoria, la PA en aproximadamente 5-10 mmHg. El tabaco se debe evitar en la población en general, y en hipertensos en particular, ya que aumenta marcadamente el riesgo de enfermedad coronaria y

parece estar relacionado con la progresión hacia insuficiencia renal. El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. Incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina. Además, es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo y ocasiona el 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA.²²

Manifestaciones clínicas.

La hipertensión se ha denominado el asesino silencioso, pues es un trastorno crónico asintomático que lesiona de forma silente los vasos sanguíneos, el corazón, el cerebro y los riñones si no se detecta ni se trata. La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial no tienen síntomas específicos con relación a su hipertensión arterial y a menudo son identificados en un examen médico de rutina. Cuando los síntomas obligan al paciente a ir a la consulta médica, esta sintomatología se relaciona con los síntomas de la hipertensión arterial, los síntomas de la enfermedad vascular hipertensiva, y los síntomas derivados de la enfermedad de base en caso de una hipertensión arterial secundaria. Uno de los síntomas más frecuentes es la cefalea, la cual sobre todo se observa en la hipertensión arterial severa, se localiza en la región occipital, el paciente se despierta con la cefalea y se calma luego de varias horas. Otras manifestaciones pueden ser: vértigos, palpitaciones, fatiga fácil e impotencia.

Como consecuencia de la enfermedad vascular el paciente puede presentar epistaxis, hematuria, visión borrosa por los cambios retinianos, así como episodios de debilidad o vértigos debidos a una isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea como consecuencia de una insuficiencia cardíaca. Ocasionalmente puede presentar dolor toraco-abdominal por un aneurisma disecante de aorta o la ruptura del mismo. En el caso de una hipertensión arterial secundaria los pacientes pueden presentar poliuria, polidipsia, y debilidad muscular secundaria a una hipokalemia por un aldosteronismo primario o pueden señalar ganancia de peso y labilidad emocional en pacientes con síndrome de Cushing.²⁷

Diagnóstico

La medición de la PA en el consultorio es el método por el cual se puede acceder a la información básica y establecer el diagnóstico. Los Estados Unidos Preventive Services Task Force (USPSTF) da directrices del tamizaje para la hipertensión arterial, recomienda el tamizaje cada dos años para las personas con presión arterial sistólica y diastólica por debajo de 120 mmHg y 80 mmHg, respectivamente, y cada año para personas con presión sistólica de 120 a 139 mmHg o una presión diastólica de 80 a 89 mmHg.²⁷

Para la medición de la PA se debe usar un tensiómetro el cual podrá ser de mercurio, aneroide o digital. La persona debe estar sentada con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, en reposo al menos 5 minutos antes de la toma de la PA, con los pies apoyados en el piso y toda la extremidad superior descubierta, extendida y apoyada sobre una superficie fija, a la altura del corazón. La persona no debe haber fumado o ingerido café, alcohol u otras bebidas calientes en los 30 minutos previos a la toma de la presión.²⁷⁻²⁸

En la primera visita se debe realizar la medición de la presión arterial en ambos brazos y considerar aquel cuya lectura haya sido el de mayor valor el cual será el referente para mediciones futuras. Mediante la palpación se obtiene la ubicación de la arteria braquial en la cara interna del tercio distal del brazo. El brazalete debe ser colocado a 2cm por encima del pliegue del codo de tal forma que la línea media del brazal coincida con la arteria braquial. Palpar el pulso de la arteria radial a nivel de la muñeca. Insuflar lentamente. Tomar nota en qué valor de la presión arterial desaparece el pulso y vuelve a aparecer al desinsuflar. El valor que coincide con ese momento será la presión arterial sistólica palpatoria referencial. Desinsuflar y esperar 2 minutos. Colocar el estetoscopio a nivel de la arteria braquial previamente ubicada. Luego, insuflar rápidamente hasta 30 mmHg por encima del valor de la presión arterial sistólica palpatoria referencial. Desinsuflar lentamente a una velocidad aproximada de 2 mmHg/segundo. Se consignará como la presión arterial sistólica a la primera medición obtenida luego de percibir por lo menos dos ruidos continuos (fase 1 de Korotkoff). Se consignará como la

presión arterial diastólica aquella que corresponde con el último ruido audible (fase 5 de Korotkoff).²⁷

Tratamiento

En el tratamiento de la HTA la premisa fundamental debe ser la individualización de la terapéutica. Existen dos tipos de tratamientos: el no farmacológico y el farmacológico.

Tratamiento no farmacológico o modificaciones del estilo de vida Las intervenciones relativas a modificar estilos de vida constituyen el eje central de la prevención de la HTA y forman parte indisoluble del tratamiento integral del paciente hipertenso. Todos los hipertensos deben realizar modificaciones en el estilo de vida, estas tienen un impacto positivo tanto en el control de la PA como en el tratamiento con fármacos antihipertensivos; su principal cuestionamiento radica en la inestable adherencia a largo plazo. Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en personas no hipertensas, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además del efecto de control de la PA, los cambios en el estilo de vida contribuyen al control de otros FRC y otras afecciones crónicas.

21, 29-30

Las modificaciones en el estilo de vida se resumen en:

- Reducción y control del peso corporal.
- Reducción de la ingesta de sal.
- Realizar ejercicios físicos regularmente.
- Dejar de fumar.
- Limitar la ingestión de bebidas alcohólicas.
- Otras sugerencias en la dieta.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se indicará acorde a las cifras de PA y al RCV inicial en cada paciente. Para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta la edad del paciente, sus necesidades individuales y dosis, el

grado de respuesta al tratamiento y las enfermedades o factores comórbidos que puedan influir en la respuesta al tratamiento (alcoholismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otros.), así como las formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia al tratamiento. Las más adecuadas son aquellas que logren reducir las cifras de PA durante las 24 horas. Lo ideal es mantener más del 50 % de sus niveles de máximo efecto durante el día. Para lograr esto, en caso de que se combinen dos o más fármacos, se recomienda fraccionar las dosis y distribuir los fármacos en las distintas horas del día. Las principales drogas usadas en el tratamiento de la HTA según estudios multicéntricos que han incluido miles de pacientes con HTA, cuyos resultados se registran en los más importantes metaanálisis divulgados en la literatura médica y que por ello son considerados de primera línea en el tratamiento de la HTA, son: los diuréticos tiazídicos, los bloqueadores de los canales del calcio (AC), los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y los BB, por lo que son adecuados y están recomendados para instaurar o mantener el tratamiento antihipertensivo, en monoterapia o combinados.²¹

Monoterapia y tratamiento combinado

Solo un pequeño número de pacientes con HTA logran un adecuado control de la PA con un solo fármaco antihipertensivo, la mayoría dado su RCV y el grado de la PA requiere habitualmente tratamiento combinado de 2 o más fármacos, con la precaución de no utilizar 2 fármacos del mismo grupo farmacológico. Es indiscutible que lograr control de la PA con monoterapia ofrece ventajas relacionadas con una mejor adherencia y menos costes, así como el poder atribuirle probables efectos adversos. Por otra parte, al empezar con el tratamiento combinado podemos obtener una respuesta más rápida y eficaz sobre todo en pacientes con PA basal muy alta o RCV alto, además de disminuir los efectos secundarios y proporcionar mayores beneficios que los ofrecidos por un solo fármaco.

Tanto si se comienza con monoterapia como si se hace con una combinación de fármacos, las dosis se pueden aumentar gradualmente si fuera necesario para

lograr el objetivo de la PA; si este no se alcanza con la combinación de 2 fármacos a dosis máximas, se puede considerar otra combinación de fármacos o añadir un tercero. No obstante, en pacientes con HTA resistente, si se prescribe un fármaco sobre otro, es importante vigilar estrechamente los resultados, y se debe sustituir cualquier compuesto manifiestamente ineficaz o mínimamente eficaz, antes que mantenerse en una estrategia automática de adición sucesiva de fármacos. Se recomienda, cuando sea necesario, utilizar combinaciones sinérgicas de los fármacos antihipertensivos, así como tener en cuenta sus contraindicaciones y utilizarlos a las dosis recomendadas internacionalmente. ²¹

Combinaciones sinérgicas de fármacos antihipertensivos

1. Diuréticos tiazídicos con:

- a) Agonistas centrales o periféricos.
- b) BB.
- c) AC.
- d) IECA.
- e) ARA II.

2. IECA con:

- a) Diuréticos tiazídicos y del ASA.
- b) AC.
- c) BB.
- d) Antagonistas centrales (casos excepcionales).

3. Betabloqueadores con:

- a) Diuréticos tiazídicos y del ASA.
- b) IECA.
- c) AC (dihidropiridínicos).
- d) ARA II.

4. Antagonistas del calcio con:

- a) Diuréticos tiazídicos y del ASA.
- b) IECA.
- c) ARA II.

5. ARA II con:

a) Diuréticos tiazídicos y del ASA.

b) AC.²¹

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el hábito de fumar son los tres principales factores de riesgo para la enfermedad coronaria.

Se ha demostrado como factores de riesgo la no adherencia al tratamiento no farmacológico, la dieta no saludable como la ingestión de sal, ricas en grasa, no consumir frutas y vegetales, y también se señalan la obesidad, el sedentarismo, la ingestión de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar.

A pesar de los numerosos trabajos sobre estilos de vida saludables y adherencia al tratamiento farmacológico que demuestran un mejor control de la HTA, estos no se cumplen por la mayoría de los pacientes, y redundan en un mal control de la HTA.

La dificultad para lograr un buen control se debe a motivos diversos, atribuibles al médico o al paciente: falta de diagnóstico, retraso en el aumento o cambio de la medicación, satisfacción con moderadas reducciones de presión arterial (PA) ligada a la falta de compromiso con el paciente, falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, socioeconómicos, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad que lleva a la suspensión de la medicación.

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y sus consecuencias dotándolos de un arma de inestimable valor en su control poblacional.¹⁸

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención.

Escenario: Policlínico Fabio Di Celmo del Municipio de Cienfuegos.

Período: enero de 2022 a enero de 2023

Población de estudio: La investigación se desarrolló en la población hipertensa mayores de 60 años del consultorio médico de la familia 11 de Pepito Tey del área de salud VIII, municipio Cienfuegos.

Universo: 184 pacientes hipertensos mayores de 60 años. Ante la imposibilidad de trabajar con todos, por los limitados recursos y disponibilidad de tiempo y por la necesidad de estimar determinadas cuantificaciones respecto al programa de hipertensión arterial, se empleó como herramienta metodológica; el muestreo aleatorio simple para la selección de la muestra quedando constituida por 76 pacientes hipertensos.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, con hipertensión arterial.

Criterios de exclusión

- Personas con alteraciones en la capacidad de comprensión, razonamiento, memoria, audición y/o lenguaje que pudieran afectar la calidad de la información. Embarazadas y niños.

Criterios de Salida

- Pacientes que durante la recolección y procesamiento de la información deseen retirarse del estudio, se trasladen de consultorio o fallezcan.

Métodos que se aplicaron.

Teóricos.

Análisis y síntesis: fueron utilizados durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.

Histórico-Lógico: facilitó el análisis del desarrollo y evolución de la situación actual del problema investigado permitiendo la explicación del contexto donde se ubica el problema.

Inducción-deducción: sirvió para llegar a una orientación mejor del problema y permitiendo además argumentos teóricos que facilitaron una mejor comprensión del mismo para arribar a conclusiones certeras y buscando soluciones adecuadas para disminuir su frecuencia.

Empíricos.

Observación: se utilizó de manera abierta, externa y directa para la verificación de información, en sus formas de presentación y otros datos de interés, obtenidos a través de la encuesta.

Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de las evaluaciones realizadas con anterioridad, relacionadas con el tema a investigar

Encuesta: se realizó encuesta elaborada por la autora la cual posibilitó obtener información sobre el tema en cuestión.

Métodos matemáticos - estadísticos: se empleó la estadística descriptiva para la cuantificación de los resultados.

La investigación constará de tres etapas:

1. De diagnóstico. En esta etapa se caracterizaron a los pacientes hipertensos y se identificaron conocimientos relacionados con los factores de riesgo.
2. De intervención.
3. De evaluación.

Primera etapa o etapa diagnóstica:

Se reunió a la población hipertensa para realizar la aplicación del cuestionario, justo antes de recibir la información, donde se exploraron variables tales como edad, sexo, color de la piel, estado civil, escolaridad, ocupación, factores de riesgo y nivel de conocimiento, este cuestionario se realizará de forma anónima. Se informó de la dinámica de la intervención educativa en cuestión, los resultados fueron evaluados por la autora del trabajo.

Segunda etapa o intervención educativa:

Se aplicó una estrategia de intervención educativa la cual tuvo como referencia la diseñada, validada y aplicada por Achiong Estupiñán y colaboradores ¹⁸ y constó de los siguientes momentos:

1. Diagnóstico de las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión: Al evaluar el cuestionario, se calificaron los diferentes aspectos del conocimiento en la materia.
2. Aplicación de la estrategia.

Antes de aplicar la encuesta se les explicó a los participantes en qué consistió y las características de la investigación a la que fueron sometidos, respondieron en un tiempo aproximado de 30 minutos el instrumento, en presencia de la investigadora, también se les aclaró las dudas planteadas en relación con el cuestionario y esto permitió la realización del estudio diagnóstico teniendo en cuenta las variables utilizadas.

Diseño metodológico de la Intervención.

Se realizó un proceso de intervención estructurado con metodología afectiva participativa, utilizando el nivel intermedio o grupal, propiciando el debate e intercambio de conocimientos y la reflexión grupal.

La estrategia de intervención se llevó a cabo con técnicas participativas las cuales propiciaron un clima agradable de reflexión que involucran afectivamente a todos los miembros con el criterio de que cada tema necesitaba una sesión de trabajo. El local utilizado para las actividades realizadas fue el consultorio médico de la familia.

Basado en el conocimiento sobre hipertensión arterial determinado por la aplicación del cuestionario, se ofrecieron cinco talleres sobre diferentes temas de interés para el universo en estudio. La población fue distribuida en cinco grupos, se impartió un total de ocho horas clase, en forma de taller, dos veces a la semana en el consultorio y en horarios vespertinos.

Descripción del instrumento.

La encuesta quedó conformada por 22 preguntas, divididas en 2 secciones, 4 pregunta que valoran los aspectos sociodemográficos y 18 preguntas que valoran el conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial.

Con la encuesta se analizó el conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial a partir de preguntas definidas:

Cuestionario de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial.

Identificación de factores de riesgo para hipertensión arterial: preguntas 5, 6, 7,14

Hábitos nocivos relacionados con hipertensión arterial: preguntas 9, 10,11

Diagnóstico de hipertensión arterial: pregunta12

Hábitos alimentarios que desencadenan hipertensión arterial: pregunta 8

Medidas de control y prevención de factores de riesgo para hipertensión arterial: preguntas 13, 15, 17

Complicaciones de la hipertensión arterial: pregunta 16

Al instrumento se le otorgó una puntuación por respuesta correcta que permitió calificarlo en adecuados e inadecuados, cuando obtenga una calificación de 70 o más se consideró adecuado y menos de 69 se consideró inadecuado.

El instrumento confeccionado se aplicó por la autora de la investigación en la consulta o en el domicilio de pacientes incluidos en el estudio, en todos los casos se garantizó la privacidad de la persona encuestada.

La estrategia de intervención educativa quedó conformada por 8 sesiones, que se realizarán semanal y quincenalmente con una duración de 30 y 60 minutos cada sesión, divididas en 6 grupos de 28 personas, los temas fueron impartidos a través de diferentes técnicas como charlas y videos. Se realizó la intervención educativa de forma dinámica, amena y asequible a los participantes. Las actividades educativas fueron comunicativas y participativas, aplicando tormentas de ideas y otras técnicas de participación grupal. Estas actividades fueron ofrecidas por la autora de la investigación, la tutora y el asesor.

4. Evaluación de la estrategia a través de su aplicación la cual obtuvo evaluación de satisfactoria si modifica del 75% al 100% de los conocimientos de los factores de riesgo y no satisfactoria si modifica menos del 75%.

Obtención de la información.

La medición como método, el análisis documental como técnica o procedimiento y la historia clínica y la encuesta como instrumentos.

Fueron examinados por el médico en la consulta, realizándoles una correcta anamnesis y examen físico.

Se procedió a llenar la historia clínica, donde fueron incluidos todos los datos

requeridos para dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos de la investigación.

Para el cumplimiento de los objetivos se utilizaron diferentes variables con su correspondiente operacionalización: edad, sexo, color de la piel, estado civil, escolaridad, ocupación, factor de riesgo y nivel de conocimiento.

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según género biológico.	1. Masculino 2. Femenino	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Edad	Cuantitativa discreta	Según último año cumplido por el número de carnet de identidad.	1. 60-69 años 2. 70-79 años 3. 80 y más años	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Se refiere a los grupos en que se subdividen las personas sobre la base de rasgos fenotípicos, a partir de una serie de características que se transmiten por herencia genética.	1. Blanca 2. Negra 3. Mestiza 4. Amarilla	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Estado conyugal expresado por los pacientes.	Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Escolaridad	Cualitativa ordinal	Grado de instrucción alcanzado por el paciente de acuerdo a los niveles de enseñanza.	1. Primaria sin terminar 2. Primaria terminada 3. Secundaria terminada 4. Pre-universitario 5. Universitario 6. No escolarizado	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Ocupación	Cualitativa Nominal politómica	Según labor que desempeña en la sociedad	1. Ama de casa. 2. Jubilado. 3. Trabajador. 4. Estudiante. 5. Desocupado.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Factores de riesgo.	Cualitativa nominal politómica	Presencia de cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad. Es un factor de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social.	1. Herencia. 2. Edad. 3. Sexo. 4. Raza. 5. Obesidad. 6. Sedentarismo. 7. Diabetes Mellitus. 8. Estrés. 9. Alcoholismo. 10. Tabaquismo. 11. Dieta.	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Nivel de conocimientos.	Cualitativa ordinal	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón, cualidades y relaciones de las cosas. Se derivan del avance en la producción del saber y representa un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.	Adecuados: cuando obtenga una calificación de 70 o más. Inadecuados: se considerará menos de 69 .	Frecuencia absoluta y porcentaje.
-------------------------	---------------------	--	--	-----------------------------------

Procesamiento y presentación de la información.

Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010. Una vez recogidos los datos se procesaron en una computadora personal. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con análisis porcentual y estadístico.

Consideraciones éticas.

Para la realización de esta investigación se obtuvo el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen del Comité de Ética (Anexo 2), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3), Aval del Consejo Científico (Anexo 4), y la estrategia educativa (Anexo 5). Las relacionadas con los pacientes objeto de estudio, se le solicitó previamente su consentimiento informado, las cuales serán informadas de los objetivos, procedimientos y posibles resultados y el beneficio que esto traería para ellos en particular y para el resto de la comunidad en general. Se les dio a conocer el carácter voluntario de su participación en el estudio, así como el hecho de no aceptar, no repercutiría negativamente en su interrelación médico paciente (Anexo 6), la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 7) y la Encuesta de conocimiento (Anexo 8). Toda la información obtenida, fue manejada con estricta confidencialidad sin violar los aspectos éticos de las pacientes relacionadas con la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía-integridad. Limitaciones: el estudio tuvo carácter local y no se correlacionarán las variables con respecto a la enfermedad estudiada.

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de pacientes hipertensos mayores de 60 años del consultorio 11 de Pepito Tey área de salud VIII municipio Cienfuegos, en el período de enero de 2022 a enero de 2023.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69 años	15	46.9	17	53.1	32	42.1
70-79 años	12	44.4	15	55.6	27	35.5
80 y más años	7	41.2	10	58.8	17	22.4
Total	34	44.7	42	55.3	76	100

Fuente: encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes hipertensos mayores de 60 años según edad y sexo, donde el 55.3% correspondió al sexo femenino y el 44.7% al masculino. El grupo mayor representado fue el de 60 a 69 años para un 42.1% seguido por los grupos de 70 a 79 años y 80 y más años para un 35.5% y 22.4% respectivamente.

Predominaron los pacientes del grupo de 60 a 69 años con un 46% y las mujeres con un 63% según Díaz y colaboradores ¹, resultados que coinciden con el presente.

Duardo Elías y colaboradores ³¹ obtuvieron en su estudio que las féminas fueron las más numerosas con un 61.6% resultados similares con esta investigación y difiere en cuanto al grupo pues predominó el de 50 a 60 años.

La edad es el factor de riesgo no modificable en el que más de 2/3 de todas las personas de 60 años y más son hipertensos, se explica que con la edad se incrementa la actividad simpática y disminuye la sensibilidad de los barorreceptores y de la capacidad de respuestas reguladoras de los sistemas, se incrementa la TA sistólica y todos los marcadores de aterosclerosis y la rigidez arterial. Las tendencias mundiales al incremento de las expectativas de vida en la mayoría de los países han propiciado que una gran cantidad de personas transiten hacia el envejecimiento. Demostrándose que, después de los 50 años, casi el 50% de la población padece de HTA, convirtiéndose en la

causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos. Aumentando así la prevalencia y la frecuencia de la HTA con la edad en todos los grupos: razas blanca, negra y mestiza varones y mujeres, constituyendo un problema de salud muy frecuente en la población geriátrica donde el 65% de las personas de 67-74 años de edad son hipertensos. ¹

Las tendencias mundiales al incremento de las expectativas de vida en la mayoría de los países han propiciado que una gran cantidad de personas transiten hacia el envejecimiento. En la mayoría de los países la prevalencia de la HTA se encuentra entre el 15% y el 30%. ¹

Existen numerosas teorías que tratan de explicar el envejecimiento, pero la consecuencia final básica de todos los cambios biológicos que ocurren con el de cursar de los años, es la degeneración arteriosclerótica en la microcirculación que afecta a todos los sistemas y lleva a la pérdida de elasticidad vascular y degeneración intrínseca de los elementos anatómicos que regulan la tensión arterial, esto explica por qué la TA es directamente proporcional a la edad. sin embargo en los últimos años, la hipertensión cada vez es más frecuente en adultos jóvenes entre los 25 y 30 años.

Antes de la menopausia, la mujer se encuentra relativamente protegida frente a accidentes cardiovasculares y es excepcional el infarto de miocardio mientras se mantiene una función ovárica normal. Posterior a esta etapa se reducen los efectos beneficiosos de los estrógenos que inducen a una vasodilatación tanto en las arterias coronarias como en las periféricas. Lo anterior se asocia con un incremento del grosor de la pared ventricular y una reducción del volumen sistólico que aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca. ¹

Es opinión de la autora que este hallazgo puede estar justificado por los trastornos inmunológicos que se presentan a partir de los 50 años, principalmente en pacientes femeninas, secundarios a los cambios hormonales que se presentan durante el periodo menopáusico.

Tabla 2. Distribución de pacientes hipertensos según color de piel.

Color de piel	No	%
Blanca	30	39.5
Negra	24	31.6
Mestiza	22	28.9
Total	76	100

Fuente: encuesta.

El 39.5% de los pacientes hipertensos presentaron color de piel blanco, seguido por el 31.6% negra y el 28.9% mestiza como refleja la tabla 2.

Con respecto al color de la piel predominante (blanca) no se encontró artículos referentes con quien comparar, pero es válido señalar que cuando se habla de ello y su relación con la hipertensión, esto es característico de pacientes negros.

Tabla 3. Distribución de pacientes hipertensos según estado civil.

Estado civil	No	%
Soltero	11	14.5
Casado	31	40.8
Divorciado	22	28.9
Viudo	12	15.8
Total	76	100

Fuente: encuesta.

La tabla 3 muestra la distribución de los pacientes hipertensos según estado civil donde el 40.8% son casados, el 28.9% divorciados, el 15.8% viudos y el 14.5% solteros.

El estado civil de los pacientes contribuirá en el control y mantenimiento de los valores de tensión arterial posibilitando entre la relación estable, estilos de vida saludables que propicien una mejor calidad de vida.

Tabla 4. Distribución de pacientes hipertensos según escolaridad.

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria sin terminar	5	6.6
Primaria terminada	11	14.5
Secundaria terminada	23	30.3
Técnico medio	14	18.4
Preuniversitario	9	11.8
Universitario	10	13.2
No escolarizado	4	5.3
Total	76	100

Fuente: encuesta.

En la tabla 4 se observa el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados donde hubo un predominio de la secundaria terminada para un 30.3% seguidos por la técnico medio para un 18.4% y primaria terminada para un 14.5%. Solo se reportaron 4 pacientes no escolarizados.

Los resultados alcanzados son similares a los obtenidos por Duardo Elías y colaboradores³¹ quienes reportaron que el nivel de escolaridad predominante fue el de secundaria básica terminada para un 34.8%.

La autora considera que los resultados alcanzados se explican al hecho de que el grupo generacional predominante vivió las consecuencias de las transformaciones sociales del triunfo revolucionario lo cual conllevó a incorporarse a la vida laboral muy temprano específicamente en las labores agrícolas, lo que imposibilitó continuar otros niveles de enseñanza.

Tabla 5. Distribución de pacientes hipertensos según ocupación.

Ocupación	Pacientes (n=76)	
	No.	%
Ama de casa	7	9.2
Jubilado	39	51.4
Trabajador	27	35.5
Desocupado	3	3.9

Fuente: encuesta.

En cuanto a la ocupación existió un predominio de los jubilados para un 51.4% de pacientes estudiados seguidos por los trabajadores y amas de casa para un 35.5% y 9.2% respectivamente como muestra la tabla 5.

No se encontró artículos referentes con quien comparar, pero es válido destacar que más de la mitad de estos pacientes se encuentran en el hogar, no ejerciendo la actividad física que conlleva al sedentarismo y la obesidad, factores de riesgo que favorecen el descompensación de la tensión arterial.

Tabla 6. Factores de riesgo de pacientes hipertensos.

Factores de riesgo	Pacientes (n=76)	
	No	%
Herencia	21	27.6
Obesidad	11	14.5
Sedentarismo	23	30.3
Diabetes Mellitus	14	18.4
Estrés	5	6.6
Alcoholismo	7	9.2
Tabaquismo.	34	44.7
Dieta.	27	35.5

Fuente: encuesta.

Los factores de riesgos predominantes en los pacientes hipertensos estuvo el tabaquismo para un 44.7% seguido por el sedentarismo para un 30.3% y la herencia para un 27.6% como refleja la tabla 6.

En una investigación realizada por Díaz y colaboradores ¹ reportaron un predominio del sedentarismo con 95% de los casos, la obesidad en el 69% de los pacientes y el tabaquismo activo lo refirieron el 35% de la muestra, resultados que difieren de este estudio.

Duardo Elías y colaboradores ³¹ expusieron que dentro de los factores de riesgos asociados el de mayor porcentaje fue los hábitos tóxicos para un 65%, resultados similares al presente estudio.

Garib y colaboradores ³² mostraron que el sedentarismo estuvo presente en más del 50% de los pacientes hipertensos, resultado que no coincide con esta investigación.

Dentro de los factores de riesgo de la HTA se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de HTA. Dentro de los factores de riesgo psicosocial se

destacan aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, ingestión inadecuada de sal, hipercolesterolemia, y estrés. En la etiología de la hipertensión arterial primaria intervienen factores genéticos, ambientales que involucran mecanismos hemodinámicos, neurales, humorales y renales. ^{1, 33-38}

El consumo de cigarrillos forma aguda puede originar una respuesta presora la cual puede producir elevación de la presión arterial mediado por aumento del tono adrenérgico. Cada cigarro produce una subida de la PA pasajera y reversible, teniendo una duración de algunos minutos. Pero el daño vascular se acumula. El abandono del tabaco es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades, tanto cardiovasculares como no cardiovasculares, en los pacientes hipertensos. Aquellos fumadores que abandonan el tabaco antes de los 40 o 50 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores. Aunque el efecto presor del tabaco es muy pequeño y el abandono del mismo no reduce la PA, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar. Todos los pacientes hipertensos que fuman deben recibir el consejo apropiado para que dejen de hacerlo. Este hecho debe suponer un aumento evidente en el período de tiempo dedicado a la primera visita o primer contacto con el paciente y debe reforzarse en cada visita sucesiva, hasta conseguir el abandono total. El abandono del tabaco es en ocasiones un objetivo difícil ante la importante adicción que provoca el hábito. La conciencia del peligro del hábito y la voluntad de su abandono son las principales herramientas que garantizan el éxito. En muchos casos, el soporte psicoterapéutico especializado y el tratamiento sustitutivo con nicotina pueden servir de ayuda a los pacientes con voluntad de dejar de fumar. ¹

Sedentarismo: paciente con profesión de inactividad física o poco consumidor de energía, que no realiza otro tipo de actividad como caminatas o ejercicios aerobios. De manera general, a los pacientes se les recomiendan ejercicios aeróbicos (correr, montar bicicletas, trotes, natación), pues se sabe que una actividad física aeróbica sistemática favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal con un consiguiente bienestar físico y psíquico del individuo. El ejercicio físico mejora la función miocárdica y atenúa factores de riesgo tales como obesidad, diabetes mellitus y la misma HTA. ¹

La autora considera que aún persisten en los pacientes hipertensos los factores de riesgo sobre los cuales se puede actuar desde la atención primaria de salud, en aras de disminuir las crisis hipertensivas que pueden dar al traste con la vida de los pacientes. Comer un alto contenido de frutas, verduras, cereales, papas, legumbres, frutas secas, aceite de oliva, queso, yogurt, pescado y pollo, escasas carnes rojas y vino en cantidades pequeñas, con reducción de la grasa total y especialmente saturada: Esta dieta ha demostrado disminuir la mortalidad cardiovascular. Aunque ningún componente aislado puede explicar todos los beneficios, parece que estarían en relación a su elevado contenido en ácidos omega 3 (pescados). Se debe introducir cambios graduales en el hábito alimentario, incrementar el consumo de frutas y verduras; en reemplazo de gaseosas o refrescos azucarados, consumir jugos de frutas al natural, sin azúcar. La adopción de hábitos de estilo de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial (PA) y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. Es por eso que siempre, y sin considerar la etiología ni importar los valores de presión arterial, se deberá comenzar el tratamiento con las medidas no farmacológicas o mejor llamadas cambios de estilo de vida. Además, se debe involucrar a toda la familia en estos cambios de estilo de vida, que además de ser de muy bajo costo, no presentan efectos colaterales y ofrecen efectividad en descender la presión arterial. Junto con ello, se evitan los síntomas indeseados de los medicamentos.

Tabla 7. Nivel de conocimientos de pacientes hipertensos mayores de 60 años antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	27	35.5	67	88.2
Inadecuado	49	64.5	9	11.8
Total	76	100	76	100

Fuente: encuesta.

Al analizar el nivel de conocimientos en ambos momentos de la investigación, basada en la calificación obtenida, se apreció que antes de la intervención el nivel de conocimientos fue inadecuado en un 64.5% y sólo el 35.5% alcanzaron la calificación adecuado, después de aplicarse la intervención educativa el 88.2% de los adultos mayores lograron calificación adecuado no así el 11.8% que fue inadecuado.

Resultados similares alcanzó Duardo Elías y colaboradores ³¹ quien obtuvo un conocimiento no adecuado antes de la intervención educativa para un 57%, el cual se logró modificar en adecuado en un 91.9%

Nina ³⁹ obtuvo un alto nivel de conocimiento para un 93% después de aplicada la intervención resultados que coincide con el estudio; de igual forma con los alcanzados por Mendoza y colaboradores ⁴⁰ quien elevó en un 89% al final de la intervención.

En Cuba, el programa del médico y enfermera de la familia, como base sólida de la atención primaria de salud, encamina esfuerzos extraordinarios para lograr que los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, tengan modificaciones de su estilo de vida y hábitos para lograr una mayor supervivencia y disminuir la mortalidad por estas causas. Igual hay que reconocer el papel que juegan los órganos de difusión masiva, mediante los programas de orientación e información que logren una vida más sana en la población.

El por ciento significativo de desconocimiento de los adultos, en relación a que la HTA constituye un factor de riesgo para la aparición de otras enfermedades, de los factores más influyentes en su descompensación y de sus principales síntomas, puede tener

influencias negativas, en cuanto a la prevención de la enfermedad y en la atención que se le preste por parte de los adultos al control de sus cifras tensionales y contribuir al incremento de la prevalencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y enfermedades cerebrovasculares entre otras.⁴⁰

Es opinión de la autora que reduciendo en 5 mmHg las cifras tensionales al menos se logra disminuir un 10 % la mortalidad por accidentes cerebro vasculares (ACV); lo que fácilmente puede ilustrar los beneficios sociales y económicos que puede significar el que la población conozca acerca de la enfermedad e influya positivamente en la prevención y en el mantenimiento del control del hipertenso a través del estricto cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, los que a su vez, disminuyen el riesgo de incrementar manteniendo las cifras de tensión arterial y la aparición de enfermedades asociadas a ella.

CONCLUSIONES

En el consultorio 11 de Pepito Tey área de salud VIII municipio Cienfuegos hubo un predominio del género femenino del grupo de 60 a 69 años y de escolaridad secundaria terminada, presentando color de piel blanca, estado civil de casadas y ocupación jubiladas. Dentro los factores de riesgo que más incidieron en los pacientes hipertensos estuvieron el tabaquismo, la dieta, el sedentarismo y la herencia. Con la intervención educativa se logró incrementar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de hipertensión arterial, resultados alcanzados por la participación de todo el equipo de salud modificándose los estilos de vida inadecuados que llevaban los pacientes, concientizándoles de la importancia de la realización de ejercicios físicos y de mantener una dieta adecuada, así como cumplir diariamente con el tratamiento medicamentoso indicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Pupo T, Acevedo Vega MA, Pupo Batista I. Intervención educativa para hipertensos del consultorio 01- 07. Manatí 2017-2020. IX Jornada Científica de la SOCECS. Edumed Holguín2020. Disponible en: <http://www.edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/viewPaper/293>
2. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 11]; 29(1):12-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300099>
3. Gómez JF, Camacho A, López López J, López Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Revista Colombiana de Cardiología. [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 11];26(2):99-106. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300257>
4. Ramos MV. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 11];34(1):131-52. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168804202019000100131&lng=es.
5. Morales-Salinas A, Coca A, Olsen MH, Sánchez RA, Sebba-Barroso WK, et al. Perspectiva Clínica sobre el Tratamiento Antihipertensivo en Adultos con Hipertensión Grado 1 y Riesgo Cardiovascular Bajo-Moderado: Consulta internacional de expertos. Revista Finlay [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 8];8(2):[Aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/607/193>
6. García Flores R, Acosta Quiroz CO, León Ibarra YM, Lagarda Vega BM, García Hernández C. Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. Psicología y Salud [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 2];28(1):[Aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120>
7. Campos Nonato I, Hernández Barrera LN, Pedroza Tobías A, Catalina Medina LN, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública de México

- [Internet]. 2018 [citado 2021 Feb 12];60(3):[Aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/8813/11502>
8. Cobian A. Manejo multidisciplinario del paciente hipertenso. Una visión para el futuro. Medisur [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 5]; 16(2):[Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3751>
 9. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Hipertensión. Estilo de vida saludable. Bibliomed [Internet]. 2016 [citado 2022 Feb 12];23(11):[Aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/11/bibliomed-noviembre-2016.pdf>
 10. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2020. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/disponible-edicion-48-del-anuario-estadistico-de-salud/>
 11. Ruiz CD, García MM, Antunez TJ, Rodríguez CL. Intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia en pacientes con episodio de urgencia hipertensiva. AMC [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 10];15(1):1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
 12. Herrera Giró ML, Acosta González M, Dueñas Herrera A, Armas Rojas NB, De la Noval García R. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 2];23(2):[Aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2017/ccc172e.pdf>
 13. Cremé Lobaina E, Álvarez Cortés JT, Selva Capdesuñer A, Deulofeu Betancourt Benjamin, Ianco Álvarez A. Pesquisa de hipertensão arterial em uma população maior de 15 anos de um consultório médico de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 2];21(4):[Aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000400004&lng=es.
 14. Espinosa Brito A. Arterial Hypertension: Figures to Define it at the Onset 2018. Rev. Finlay [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 2];8(1):66-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342018000100008&lng=es.

15. Espinosa AD. Revalorando el papel de las guías de práctica clínica. Finlay [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 2];7(2):[Aprox. 12p]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/473>
16. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía Cubana de Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 12];56(Suplemento Especial):[Aprox. 85p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56_sup_17/sumario.htm
17. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 – 2021. [Internet] 2017. [citado 2022 Feb 17]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%202016-2021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>
18. Achiong Estupiñán F, González Hernández Y, Vega Rico O, Guillot Alzubiaga O, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, et al. Intervención educativa sobre conocimientos de hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Cárdenas, 2015. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 10];40(4):968-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242018000400005&lng=es.
19. Reyes Caballero MC Menéndez Gálvez L, Obregón Pérez JN, Núñez Rodríguez M, García Águila EJ. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertenso. Edumecentro [Internet]. 2021 [citado 2022 Mar 10];13(1):149-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742021000100149&lng=es.
20. Amaro Cano M del C, Sánchez Santos L. Salud Pública en Cuba. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Vol I. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p.1-16.
21. Noya Chaveco ME, Moya Gonzalez NL. Roca Goderich. Temas de Medicina Interna. 5 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p.379-411.

22. Janampa Auccasi F. Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2012 [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3227/3/Janampa_Auccasi_Florabel_2013.pdf
23. Ali Pérez NA, Reyes Ali JF, Ramos Labrada N, Herrada Cuevas M, García Álvarez R. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 11];22(4):347-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400003&lng=es.
24. Sánchez Delgado JA, Sánchez Lara NE. Agregación familiar en individuos con hipertensión arterial esencial y factores de riesgo. Rev. Finlay [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 11];10(4):363-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342020000400363&lng=es.
25. Garí Llanes M, García Nóbrega Y, Chávez-González E, González Rodríguez E, García-Sáez J, González-Cuétara J. La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. ¿Un problema de salud en la infancia? Acta Médica del Centro [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 22];12(4):[Aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/925>
26. Gómez Tejeda JJ, Pérez Abreu MR, Tamayo Velázquez O, Iparraguirre Tamayo A. Agregación familiar para la hipertensión arterial. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2021 [citado 2022 Mar 11];20(2):e3509. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2021000200011&lng=es.
27. Touriñán López J. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada pedagógica. España: Rev Port. de Pedagogía [Internet]. 2018. Disponible en: <https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream>
28. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial. Guía de Práctica Clínica. 2019. [Internet] 2019. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp1content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
29. Soto RJ. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2018 [citado 2022 Mar 11];29(1):61-68.

Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300051>

30. Rosas Chávez G, Romero-Visurraga CA, Ramírez-Guardia E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 11];36 (2):214-21. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2019.v36n2/214-221/es/>
31. Duardo Tamayo A, Mojena Fernández O, Peña Valdés A. Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en el CMF la Caridad. Jobabo”, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/riesgo-hipertension-arterial.html>
32. Garib Hernández R, Hechavarría Del-Río Z, Ramírez Pupo Y, Garib Hechavarría J. Intervención Educativa en pacientes hipertensos Consultorio 27 Policlínico Manuel Díaz Legrá Holguín 2021. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2023 [citado 2023 Abr 27];26(4):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4469>
33. Álvarez Ochoa R, Torres-Criollo LM, Garcés Ortega JP, Izquierdo Coronel DC, Bermejo Cayamcela DM, Lliguisupa Peláez VR. Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* [Internet]. 2022 [citado 2023 Abr 27];17(2):129-37. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_2_2022/7_factores_riesgo_hipertension_arterial.pdf
34. OMS. Hipertensión [Internet]. Organización mundial de la salud. 2019 [citado 2023 Abr 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
35. Rondón Carrasco J, Fajardo Rodríguez M, Morales Vázquez C, Rondón Carrasco R, Gamboa Carranza k. Etiopatogenia de la Hipertensión Arterial bases fisiopatológicas. *Morfovirtual2020* [Internet]. 2020 [citado 2023 Abr 27]:1-16. Disponible en: <http://morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/view/343/282>

36. Harrison DG, Coffman TM, Wilcox CS. Pathophysiology of Hypertension: The Mosaic Theory and Beyond. *Circ Res* [Internet]. 2021 [citado 2023 Abr 27];128(7):847-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3379-3328/>
37. Wilches Serrano PA, Albarracín Revelo CE, Pulgar Silva RI, Kevin Omar Iza German, Córdova Robles JC, Morillo Castellano ND, et al. Fisiopatología de la hipertensión arterial: ¿Qué hay de nuevo? *Rev Latinoamer Hiper.* [Internet]. 2022 [citado 2023 Abr 27];17(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_3_2022/4_fisiopatologia_hipertension.pdf
38. Laborde Angulo AM, Laborde Muriat MA, García San Roman DM, Chibás Pineda L. Comportamiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en una comunidad rural holguinera. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2021 [citado 2023 Abr 27];37(4):1406. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252021000400005&lng=es
39. Nina Oscoco NR. Efectividad de una intervención educativa sobre el conocimiento de prevención de hipertensión arterial en adultos, San Juan de Lurigancho 2020. [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/57268>
40. Mendoza López DM, Mendoza Sierra AI, Díaz Alonso G. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos del consultorio 18. Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". Municipio 10 de octubre. Febrero - junio 2019. EdumedHolguin2020. Disponible en: http://edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/viewPD_FInterstitial/533/317

ANEXOS

Anexo 1.

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____,
hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado: _____, de
los autores: _____

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del
centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito obtener
resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del proyecto
a los ____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2.

DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de los autores _____

_____ y

encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐

14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

Anexo 3.

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo: _____,
con categoría docente _____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así
como el asesoramiento científico metodológico al o los estudiantes.

Autores:

Nombre y Apellidos	Año Académico

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

Anexo 4.

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

_____ presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo 5.

Estrategia de intervención educativa para modificar los factores de riesgo para hipertensión arterial en los pacientes perteneciente al consultorio médico de la familia 11 de Pepito Tey del área de salud VIII de Cienfuegos.

1. Componentes de la estrategia de intervención educativa según los temas relacionados a los factores de riesgo para hipertensión arterial.

Tema	Nº de sesiones	Frecuencia	Técnica	Personas a quien se les impartirá la información	Duración
Factores de riesgo para hipertensión arterial	2	Semanal	charla	ambos sexo	60 minutos
Diagnóstico y complicaciones de la hipertensión arterial	1	Semanal	charla	grupo de hombre y de mujeres	30 minutos
Hábitos alimentarios relacionados con la hipertensión arterial	2	Semanal	charla	ambos sexo	30 minutos
Medidas para la prevención de la hipertensión arterial	1	Semanal	charla	grupo de hombres y de mujeres	30 minutos
Influencia de hábitos tóxicos en hipertensión arterial	2	quincenal	charla	ambos sexos	30 minutos

2 Objetivos

General

Elevar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo de hipertensión arterial.

Objetivos Específicos

1. Determinar la hipertensión arterial y sus complicaciones.

2. Identificar los factores de riesgo, así como las características de una dieta saludable.
3. Especificar la importancia de la actividad física.

Metodología

La estrategia de intervención sobre factores de riesgo para hipertensión arterial fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población hipertensa donde incluyeron diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo, complicaciones, hábitos alimentarios que desencadenan la hipertensión arterial, diagnóstico, medidas de prevención e influencia de hábitos tóxicos.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención los participantes serán distribuidos en 6 grupos equitativos. La estrategia será implementada en un tiempo de 1 año, dividida en 8 sesiones con 30 minutos de duración cada una, de forma semanal, el tipo de actividad predominante serán las charlas. Además se determinará el local y el horario a utilizar para desarrollar dichas actividades.

Técnicas

En este programa se van a usar distintos métodos y actividades pedagógicos según los módulos:

En la primera, que es individual, utilizaremos la entrevista clínica/motivacional, y una pequeña charla con conceptos generales.

La segunda iniciará con lluvia de ideas, llegando a una discusión grupal y una puesta en común. Después una presentación Power Point con la información que necesitan conocer acerca de la HTA, y sus consecuencias.

En la tercera y cuarta sesión, utilizaremos una presentación PowerPoint, realizaremos taller de alimentación y un juego interactivo en grupo. Se dará también una tabla de alimentos a los participantes del programa y un esquema con las principales modificaciones dietéticas.

En la quinta se usará también presentación PowerPoint de la actividad física y se dará una pirámide de actividades a los participantes.

La sexta sesión será de manera individual, y estará basada en una conversación, se realizará una nueva valoración.

En la séptima, para comenzar los participantes realizarán una lluvia de ideas y una puesta en común sobre los hábitos tóxicos, después una presentación PowerPoint.

La octava y última será una conversación con una valoración del tema

Descripción de la propuesta

En primer lugar, invitaremos a la estrategia de educación para la salud a población hipertensa del consultorio de manera personal y se pondrán carteles en el centro de salud para que puedan acceder todas aquellas personas que estén interesadas.

Se les entregará un folleto que ha de ser llenado con los datos personales de cada participante, que deberán llevar en la primera sesión, haciendo hincapié en los factores que puedan influir o estar relacionados con la alimentación, la actividad física y los hábitos tóxicos.

Una vez que se tengan grupos completos se cerrarán y se comenzará la estrategia, que consistirá de 8 sesiones, la primera será grupal y motivacional, la segunda será grupal y se tratará el concepto de hipertensión, consecuencias. La tercera y la cuarta, también grupales estará destinadas al tema de la alimentación, la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) y el consumo de sal. La quinta será sobre la actividad física y la importancia de esta. Después, la sexta, se hará una sesión individual, en la que se realizará una valoración para comprobar conocimientos adquiridos y en la que se realizará una nueva valoración. La séptima irá destinada a los hábitos tóxicos y su relación con la hipertensión. En la octava se citará al paciente en 15 días después de haber acabado y se evaluarán resultados.

Desarrollo de la Propuesta

Sesión 1

Presentación y charla motivacional.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Determinar el desarrollo y temática del programa de educación.
- Explicar algunos conceptos generales.

Descripción:

La sesión comenzará con la presentación del médico, luego se dará a conocer el desarrollo de la estrategia y los temas a tratar en cada sesión, después se dará una charla sobre conceptos generales de factores de riesgo para hipertensión arterial, posteriormente se realizará el llenado del folleto con los datos personales del participante, incluyendo las medidas antropométricas (peso y talla) y se terminará motivándolos para que asistan a las próximas sesiones.

Sesión 2

Puesta en común de conceptos fundamentales de hipertensión arterial y la identificación sus factores de riesgo.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Definir la hipertensión arterial.
- Identificar los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial.
- Determinar la importancia del control de los factores de riesgo modificables.

Descripción:

En esta segunda sesión comenzará dando lugar a una tormenta de ideas con unas preguntas como por ejemplo: ¿Qué es la hipertensión? ¿Cuáles son los factores de riesgo para hipertensión arterial? ¿Qué importancia tiene el control de estos factores?

Con una discusión grupal se anotarán las ideas fundamentales en la pizarra, intentando llegar a una puesta en común. Con esto los participantes se darán cuenta desde el principio de lo que saben y lo que desconocen. Después se pondrá una presentación en el computador, la cual comenzará con el concepto de hipertensión, los factores modificables y no modificables de ésta, y los riesgos que conlleva.

Por último, entre todos se corregirán las cosas apuntadas en la pizarra y se pondrá lo correcto con una pequeña explicación por parte del médico. Se les agradecerá que hayan asistido, se les invitará a la próxima sesión, explicando lugar y fecha.

Sesión 3

Diagnóstico y complicaciones de la hipertensión arterial.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Diagnosticar la hipertensión arterial.
- Identificar las complicaciones de la hipertensión arterial.

Descripción:

En ésta sesión se comenzará saludando y preguntando cómo están de manera breve y se pondrá una presentación en el ordenador, sobre cómo se diagnostica la hipertensión arterial. La segunda parte de la presentación se centrará en sus complicaciones. Se les agradecerá la asistencia y se hará la invitación a la próxima sesión, explicando lugar y fecha.

Sesión 4

Alimentación I

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Argumentar la importancia de la alimentación en la hipertensión y las principales modificaciones dietéticas.
- Determinar el índice de masa corporal (IMC)
- Identificar el sobrepeso y la obesidad.

Descripción:

En esta cuarta sesión, se iniciará saludando, luego se pondrá una presentación en el ordenador, la cual se comenzará explicando brevemente la importancia de la

alimentación en la hipertensión. Se explicará el concepto de IMC, y en que cifras se considera delgadez, normalidad, sobrepeso u obesidad de los distintos tipos, recalando que el sobrepeso y la obesidad también son factores de riesgo. Posteriormente se explicará las principales modificaciones dietéticas, aquí daremos a los participantes la tabla para que la tengan. Por último, les invitamos a la próxima sesión.

Sesión 5

Alimentación II

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Describir los diferentes grupos de alimentos y la pirámide de alimentos.
- Mencionar medidas caseras para medir los alimentos, consejos prácticos y uso de la sal

Descripción:

En esta sesión, también dedicada a la alimentación, también se hará una presentación, en la que se explicará los grupos de alimentos, hidratos de carbono, proteínas, grasa y vitaminas; y el porcentaje de cada una de ellas en cada comida. Después se les dará a los participantes la pirámide de alimentación y se explicará un poco esta, se responderán dudas por parte de los participantes.

Luego se realizará un juego, que consiste en que el médico trae alimentos de plástico, envases vacíos, latas, entre otros. En este juego consiste en formar varios grupos de 4, los participantes separan los alimentos según el grupo, y se irán diciendo después en voz alta cuantas raciones se recomiendan aproximadamente al día/semana.

Después de haber realizado el juego y haber evaluado los conocimientos de los participantes, se seguirá con la presentación con unas medidas caseras para medir las raciones de los alimentos, como por ejemplo el plato del almuerzo: que se parte en 4 partes (2 partes de ensalada o vegetales, una de carne o pescado, y otro de patata, pasta o arroz). Por último, se abordará de la importancia de la sal

en la hipertensión y de lo recomendable que es disminuir su consumo y en la cantidad que se aconseja consumirla.

Sesión 6

Actividad física

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Describir la importancia de la actividad física, así como el tiempo e intensidad recomendable.
- Identificar las actividades más adecuadas para cada persona
- Descripción:

En esta sexta sesión, se inicia saludando, seguido se habla de la importancia de la actividad física, se preguntará si conocen lo que aporta a nuestra vida, todo esto será con ayuda de una presentación en el ordenador, por ultimo le darán la pirámide de actividades. Posteriormente se explica las actividades más recomendables, ya los participantes se hacen una idea con su pirámide en la mano, y se habla de los niveles de intensidad adecuados y del tiempo que hay que dedicar a la actividad física, poniendo de manifiesto que es de gran importancia por lo menos el andar con intensidad media un tiempo de unos 30 minutos, tan solo con eso se verán unos resultados no solo físicos, además notaran como mejora su bienestar personal, autoestima, además de un control del peso y disminuirá su frecuencia cardiaca.

Sesión 7

Hábitos tóxicos

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Describir cómo afecta el hábito tabáquico, el alcohol y otros malos hábitos.

Descripción:

Esta sesión comenzará preguntando a los participantes cuales son los hábitos tóxicos o nocivos que afectan a la salud y hacen que aumente la presión arterial, generando una lluvia de ideas y apuntando las principales ideas en el pizarrón. Luego se hablará de cómo afecta negativamente el tabaco en las personas, animando a los fumadores a reducir el consumo o dejar el hábito y posteriormente al tema del alcohol, en el cual se subrayará que el alcohol no es malo en sí, que se puede tomar generalmente en mujeres un vaso y en hombres dos de alcohol (cerveza, vino), y no ser perjudicial, al revés, es incluso saludable para la salud. El problema es cuando se abusa, a partir de esa cantidad, el alcohol solo tiene efectos negativos, y uno de ellos es la subida de la presión arterial.

Otros hábitos que también se debe saber que son perjudiciales, y que aumentan la presión arterial son por ejemplo la cafeína, se recomienda no tomar nada de café en hipertenso, se deberá cambiar por descafeinado. Para concluir se despedirán y se invitará a la próxima y última sesión.

Sesión 8

Evaluación y cierre de la estrategia de intervención

Tipo de sesión: grupal

Duración: 60 minutos

Lugar: escenarios docentes policlínico

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Identificar conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores
- Determinar si ha instaurado en su vida cambios en los hábitos de vida y si ha cambiado su peso.
- Motivar a los participantes a adoptar estilos de vida saludables.

Descripción:

Esta sesión es el cierre de la estrategia y se llevará a cabo luego de 6 meses de haber realizado la sesión 7, por lo cual se evaluarán los cambios que se han producido en las personas desde que comenzó, esto se lo hará mirando el cuestionario inicial, y los hábitos tóxicos de cada persona. Además, se interrogará sobre los hábitos saludables en modo de conversación y para comprobar que se han instaurado cambios en su estilo de vida.

Posteriormente se aplicará una encuesta sobre los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial, que fue aplicada antes de iniciar estrategia con esto se evalúa de manera objetiva los conocimientos adquiridos sobre el tema (pos test). Por último, se motivará a seguir con los cambios de estilos de vida incorporados y se agradece por haber participado en la estrategia.

Anexo 6.

Consentimiento Informado.

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación

bajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema y no se divulgue en el orden personal. Y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor

Firma del estomatólogo

a cargo de la investigación

Anexo 7.

HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL

Anexo 8.

Encuesta para determinar conocimientos sobre factores de riesgo de hipertensión arterial.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: ____

Sexo: Femenino ____ Masculino ____

1.- Nivel de escolaridad:

1. ____ Primaria
2. ____ Secundaria
3. ____ Técnico
4. ____ Universitario(a)

2.- Señale su estado civil actual

1. ____ Soltero/a
2. ____ Casado/a
3. ____ Unión libre
4. ____ Divorciado/a
5. ____ Viudo/a

3.-Señale con una X su auto identificación étnica

1. ____ Blanco
2. ____ Mestizo
3. ____ Negro

4.- Señale con una X cual ha sido su ocupación principal en el último año.

1. ____ Estudiante.
2. ____ Ama de casa.
3. ____ Obrero.
4. ____ trabajador por cuenta propia.
7. ____ trabajador estatal
8. ____ Jubilado.
9. ____ Desempleado

Aspecto sobre conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial.

Señale con una x la respuesta que considere correcta:

5.- La hipertensión arterial se relaciona con:

1. ☐ La herencia
2. ☐ Consumo de sal
3. ☐ Consumo de grasas
4. ☐ Exceso de peso
5. ☐ Consumo de tabaco
6. ☐ Consumo de alcohol
7. ☐ El estrés
8. ☐ El consumo de drogas
9. ☐ El embarazo
10. ☐ La tiroides
11. ☐ La edad
12. ☐ La raza

6.- Piensa usted que los adultos jóvenes pueden padecer de hipertensión arterial?

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No sé

7.- En hijos de padres hipertensos la aparición de ésta enfermedad es:

1. ☐ Muy frecuente
2. ☐ Poco frecuente
3. ☐ No se relaciona
4. ☐ No sé

8.- Qué alimentos cree ud que pueden estar relacionados con la hipertensión arterial?

1. ☐ azúcares
2. ☐ sal
3. ☐ frituras

4. ___ carnes

5. ___ frutas

6. ___ vegetales

9.- Considera que el consumo frecuente de alcohol:

1. ___ No tiene efecto en la presión arterial

2. ___ Afecta la presión arterial

3. ___ No sabe

10.- Considera que tomar café todos los días:

1. ___ Afecta la presión arterial

2. ___ No afecta la presión arterial

3. ___ No sé

11. Considera que fumar cigarrillo o tabaco:

1. ___ No tiene efecto en la presión arterial

2. ___ Aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial

3. ___ No sé

12.- ¿A partir de qué cifras considera que una persona es hipertensa?

(Marque una sola).

1. ___ Mayor de 120/80

2. ___ Mayor de 140/90

3. ___ Mayor de 160/100

4. ___ Mayor de 170/110

5. ___ No sé

13.- ¿Por qué considera importante el control de los factores de riesgo que conllevan a la hipertensión arterial?

1. ___ Impiden que se presente la hipertensión arterial.

2. ___ Impide complicaciones como el daño cerebral o en los riñones.

3. ___ Impide complicaciones digestivas

4. ___ Impide alteraciones en la visión

14.- La aparición de la hipertensión arterial es frecuente en:

1. ___ Adolescente (persona entre los 10 – 19 años)

2. ___ Adulto joven (persona entre los 20 – 39 años)

3. ____ Adulto (persona entre los 40 – 64 años)
4. ____ Adulto mayor (persona entre los 65 años y más)
15. ¿Qué importancia le confiere al control de los siguientes factores que tienen relación con la aparición de hipertensión arterial?

Factores	Importancia que usted le confiere		
	Ninguna	Poco	Mucha
a. Colesterol elevado			
b. obesidad			
c. estrés			
d. sedentarismo			
e. ansiedad			

16. En su opinión, señale cuáles son las complicaciones de la hipertensión arterial.

1. ____ Trombosis cerebral
2. ____ Infarto cardíaco
3. ____ Insuficiencia cardíaca
4. ____ Insuficiencia renal
5. ____ Cálculo de la vesícula
6. ____ No sabe

- 17.- ¿Cuáles de los siguientes aspectos considera útil para evitar la hipertensión arterial?

Aspectos	Si	No	No se
Práctica habitual de ejercicios físicos			
Disminución en el consumo de sal			
No ingerir cerveza			
No ingerir gaseosas			
No fumar			
Mantenerse con peso adecuado			
No ingerir frituras			

18.- La información sobre la Hipertensión arterial la ha obtenido a partir de:

1. ___ La radio.
2. ___ La televisión.
3. ___ Por información dada en el centro de salud.
4. ___ Por información de familiares.
5. ___ Charlas educativas dadas por el personal de salud.

9.- Por qué medio le gustaría recibir información sobre hipertensión arterial?

1. ___ Charlas
2. ___ Reuniones grupales
3. ___ Viendo videos
4. ___ Materiales impresos
5. ___ Otros

20.- ¿Con qué frecuencia usted podría recibir información sobre hipertensión arterial?

1. ___ Una vez a la semana
2. ___ Cada 15 días
3. ___ Una vez al mes

21.- ¿Con qué tiempo usted considera que dispone para recibir la información?

1. ___ 15 minutos
2. ___ 30 minutos
3. ___ 1 hora

22.- Con qué número de personas desearía usted recibir la información?

1. ___ Sólo(a)
2. ___ Grupo de 5 a 10 personas
3. ___ Grupo de 11 a 15 personas