



UNIVERSIDAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
"Dr. Raúl Dorticós Lora"

Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA ACERCA DE
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS.
CONSULTORIO # 6. RODAS. 2019-2021.**

**Tesis para optar por el título de Especialista en
Primer Grado en Medicina General Integral**

**Autora: Dra. Adriana González De la Paz
Residente de tercer año en la especialidad de Medicina
General Integral.**

**Tutora: Dra. Greter Pérez Peña
Especialista de Medicina Interna.**

Cienfuegos, 2021

DEDICATORIA

A mis padres que, gracias a su esfuerzo, dedicación y enseñanzas me permitieron acceder a un futuro mejor.

A mis amigos y compañeros de carrera y estudio, sin duda fue un largo camino, pero lo logramos. A mis profesores, por el conocimiento impartido, y finalmente a mi familia, que han sido incondicionales y parte fundamental en esta etapa.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Problema de investigación.....	3
Justificación del problema.....	3
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	5
Epidemiología	6
Factores determinantes de la prevalencia de la hipertensión arterial	6
Definición operativa de la hipertensión arterial	7
Clasificación.....	8
Clasificación de la Hipertensión arterial según el daño que se produce sobre otros órganos:	9
Clasificación de la hipertensión arterial sistémica según su causa.....	10
Factores predictores y patogenia de la hipertensión arterial esencial.....	12
Diagnóstico	15
La intervención educativa en el adulto mayor	19
La intervención se divide en secuencias.....	19
Etapas de la Intervención Educativa	19
Objetivos	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.	21

FUNDAMENTO METODOLÓGICO	22
Clasificación de la investigación:	22
Diseño y tipo de estudio:.....	22
Escenario:	22
Período que abarca el estudio:	22
Universo:.....	22
Muestra:	22
Definición de variables	23
□ Variable dependiente.	23
□ Variable Independiente	23
Operacionalización de variables.	23
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	25
Métodos que se emplearon.....	27
Consideraciones éticas.	28
RESULTADOS.....	29
Tabla 1: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y sexo. Consultorio Médico Familiar # 6. Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez. Rodas. 2019-2021.....	29
Tabla 2: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y color de la piel.....	30
Tabla 3: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y nivel educacional.....	31
Tabla 4: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y hábito de fumar.....	32

Tabla 5: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad e ingestión de café.....	33
Tabla 6: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y nivel de actividad física.	34
Tabla 7: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y consumo de sal.....	35
Tabla 8: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y antecedentes familiares de HTA.	36
Tabla 9: Distribución de adultos mayores hipertensos según nivel de conocimientos en el pre y postest.....	37
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ANEXO I: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
ANEXO II: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR	
ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO IV: CUESTIONARIO	
ANEXO V: PROGRAMA EDUCATIVO “CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL”	

RESUMEN

Los problemas de hipertensión arterial son de tal magnitud, que la lucha para prevenirla y combatirla, empiezan a ser fundamental, debido a las consecuencias nivel individual, familiar, en el ámbito social y psicológico de cada individuo. **Objetivo:** Implementar una intervención educativa acerca del nivel de conocimiento de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos del consultorio No.6 perteneciente al Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez. 2019-2021. **Fundamento metodológico:** Se realizó un estudio bietápico con el objetivo de implementar una intervención educativa en 214 pacientes adultos mayores hipertensos. Se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple, mediante un programa computarizado, quedó conformada por 43 pacientes. En su primera parte el estudio fue observacional descriptivo, de corte transversal para caracterizar la población en estudio. La segunda etapa fue un estudio experimental (pre-experimento). **Resultados:** Predominaron los pacientes de 60-64 años (39,5%), el sexo femenino (53,5%), con color de piel blanca (60,5%) y nivel escolar de Secundaria Básica (39,5%). El 60,5% de los pacientes fumaban, 51,2% ingerían café diariamente, 46,5% presentaron un nivel bajo de actividad física y 46,5% consumían sal de forma moderada. El conocimiento global fue evaluado de bajo en el pretest (76,7%) en el mayor porcentaje de los pacientes y en el posttest fue evaluado de alto en el (79,1%). **Conclusiones:** En el pretest predominaron los pacientes con nivel de conocimiento bajo en las dimensiones generalidades de la HTA, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico. En el posttest frecuentaron los pacientes con nivel de conocimiento alto en todas las dimensiones.

Palabras clave: hipertensión arterial, adultos mayores, intervención educativa.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la elevación anormal de la presión arterial (PA), tanto sistólica, diastólica o ambas, siendo una enfermedad silenciosa y crónica, afectando a una parte muy importante de la población adulta. (1)

Los problemas de hipertensión arterial son de tal magnitud, que la lucha para prevenirla y combatirla, empiezan a ser fundamental, debido a las consecuencias tanto a nivel individual, familiar, en el ámbito social y psicológico de cada individuo. (1,2)

El nivel alcanzado por la salud pública en nuestro país exige, incuestionablemente un trabajo permanente y consciente encaminado a perfeccionar la calidad de la labor médica asistencial. (3)

Precisamente en el centro de atención de este proceso de perfeccionamiento se encuentran los servicios asistenciales a aquellas situaciones que constituyen problemas de gran importancia por su impacto en el cuadro de salud del país y la hipertensión arterial constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna en muy diferentes aspectos, tanto en Cuba como en el mundo. (4)

Su prevalencia ha aumentado significativamente en todas las latitudes, lo cual se explica en parte por los nuevos valores tensionales que en la actualidad se aceptan. También varían de un lugar a otro, y dicha variabilidad esta en dependencia de las particularidades genéticas y ambientales que caracterizan a cada región. (5)

La prevalencia mundial de la HTA se ha estimado en 1.130 millones en 2015, con una prevalencia > 150 millones en Europa central y oriental. Se calcula que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a 1.500 millones. (6–10) Continúa siendo la principal causa de mortalidad a nivel mundial, estimándose su implicación en más de 10 millones de muertes anuales. (11) En el 2017 se produjeron



10,44 millones de muertes por esa causa. (12) Es el factor de riesgo que más muertes origina de causa cardiovascular (CV) en el mundo.(13)

En Europa la HTA tiene una prevalencia más alta (60%), comparada con la de Estados Unidos (46%) o Canadá (32–46%). (9)

En Rumania, la prevalencia de HTA in la población adulta en 2018 fue estimada en un 44%, lo que significó aproximadamente que 7,5 millones de rumanos sufrieron de HTA en el año 2016. (14)

En el área del Caribe, la hipertensión arterial afecta al 20% de su población, siendo Jamaica una de las naciones de mayor mortalidad por esta patología. En los Estados Unidos de Norteamérica, se informa de unas 60 000 muertes anuales producidas directamente por la hipertensión arterial. (15)

En los últimos años, la prevalencia de HTA en países de bajos ingresos ha sido de aproximadamente 40% y en México durante el año 2016 la prevalencia fue de 30.2%.(16,17)

Cabe señalar que en 2019 en Cuba existió una tasa de prevalencia de HTA de 233,0 por 1 000 habitantes, constituyendo la segunda causa de muertes por enfermedades del corazón, con un total 4 798 en 2019, para una tasa de 42,7 por 100 000 habitantes, superior a la de 2018 con una tasa de 39,6 por 100 000 habitantes. (18)

Al finalizar el año 2018 en la provincia de Cienfuegos existía una tasa de mortalidad por enfermedades del corazón de 28,8 por 100 000 habitantes, ocupando el tercer lugar precedido de las Enfermedades isquémicas del corazón y la insuficiencia cardiaca hipertensos por cada mil habitantes. La prevalencia de pacientes hipertensos para el cierre de 2018 fue de 234.8 por 100 000 habitantes. (19)



La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mayor calidad de vida. Corresponde al médico de familia, como vigilante de la salud, desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud frente a este factor de riesgo y consideramos que, elevando el conocimiento que el propio paciente y el familiar tenga sobre la HTA como enfermedad crónica no transmisible, los dotaremos de un arma de inestimable valor en su control poblacional. (1,5)

Problema de investigación.

¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos en el consultorio No.6 perteneciente al Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez, Rodas, desde mayo de 2019 a mayo de 2021?

Justificación del problema.

La Hipertensión arterial continúa siendo un serio problema de salud a nivel mundial como se muestra en las estadísticas citadas anteriormente, pues ocasiona una alta letalidad y compromete la calidad de vida de quienes la padecen. Esta entidad no solo constituye una enfermedad, sino también un factor de riesgo para otras enfermedades cardiovasculares (ECV), renales, cerebrovasculares y aunque el grado de conocimiento de la población acerca de la misma ha mejorado, aún existe desconocimiento acerca de su real prevalencia tanto por el personal de salud como por la población, lo que favorece que se subestime la enfermedad, alejándonos de un seguimiento adecuado para lograr el control de la misma y la prevención de las complicaciones asociadas.

La diversidad de factores que pueden influir en esta enfermedad, así como la naturaleza diferente de los mismos, hacen de este un problema complejo, multifactorial y multidimensional y, por tanto, difícil de abordar tanto desde el punto de vista teórico,



práctico, como investigativo. Por tanto, considero que los elementos antes expuestos sustentan motivaciones para realizar la presente investigación, que estará encaminada a determinar la prevalencia de la hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años, en el consultorio No. 6, perteneciente al policlínico docente Raúl Suárez Martínez, en el municipio de Rodas. Dicha investigación permitirá conocer mejor el comportamiento de la hipertensión arterial en esta edad de la población tan vulnerable a complicaciones y orientar a los pacientes y familiares sobre la repercusión de esta entidad sobre la salud, para lograr que asuman su responsabilidad en el control de la misma y asumirla nosotros también como personal de salud.



FUNDAMENTO TEÓRICO

Las enfermedades cardiovasculares plantean una serie de problemas en diferentes ámbitos y no de forma exclusiva en los puramente asistenciales. La enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, la artropatía periférica, la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardíaca constituyen un conjunto de patologías con importantes repercusiones en la sociedad, en el propio individuo y en su familia, que obligan a permanecer continuamente alerta sobre nuevas formas de establecer medidas de prevención. En este sentido, la prevención primaria de las enfermedades CV continúa siendo uno de los objetivos prioritarios de la Atención Primaria orientada tanto a nivel del individuo como de la comunidad. (20)

La hipertensión arterial, en la población adulta, es el factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más prevalente y uno de los que motiva un mayor número de consultas. Desde hace más de 40 años, los grandes ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento farmacológico reduce, de forma muy significativa, las complicaciones cardiovasculares asociadas a la HTA. A pesar de ello, el grado de control de la HTA (porcentaje de pacientes con las cifras de presión arterial en sus objetivos) sigue siendo inaceptablemente bajo, situación motivada por múltiples factores, entre ellos el incumplimiento del tratamiento por el paciente y la actitud conservadora o inercia terapéutica del médico. El proceso asistencial relacionado con la HTA es complejo, si bien la mayor parte puede realizarse desde la Atención Primaria, y comprende la detección precoz y el diagnóstico correcto, la evaluación clínica con un enfoque cardiovascular global, el tratamiento más adecuado y la garantía de un seguimiento indefinido basado, fundamentalmente, en la corresponsabilidad de los pacientes con su tratamiento, es decir, en un correcto cumplimiento terapéutico. (21)



Epidemiología

La HTA es uno de los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades del aparato circulatorio. Desde hace años se conoce la relación directa entre las cifras de presión arterial (PA) elevadas, la incidencia de enfermedades CV y la frecuencia de hospitalización y mortalidad por ellas. Aunque en los últimos 20 años la tasa de mortalidad cerebrovascular, ajustada por edad, ha disminuido en un promedio anual del 3%, las cifras siguen siendo importantes. En términos absolutos, se estima que la HTA está relacionada con la muerte de unas 40.000 personas al año en la población española mayor de 50 años, y que su limitado grado de control está generando pérdidas de calidad de vida e incrementos de dependencia, así como un gran volumen de costes sanitarios y sociales. (22,23)

Factores determinantes de la prevalencia de la hipertensión arterial

✧ Edad

Diferentes estudios han demostrado una relación directa entre la edad y la PA. La PAS y la prevalencia de HTA sistólica aislada tiende a aumentar hasta la octava década de la vida. La PAD también aumenta con la edad, si bien a partir de los 50 años la curva tiende a aplanarse, incluso a descender, lo que explica la mayor prevalencia de HTA aislada en los individuos más ancianos. (24)

✧ Sexo

Desde la adolescencia y hasta la menopausia, la prevalencia de HTA es superior en los varones. Posteriormente, estas diferencias se estrechan, en parte, por el incremento en la incidencia de HTA en las mujeres posmenopáusicas, pero también debido al incremento de las muertes prematuras en los varones de mayor edad. En términos absolutos, por lo tanto, la prevalencia de HTA es superior en las mujeres. (24)



✧ Raza

La prevalencia y gravedad de la HTA es mayor entre los individuos de raza negra en comparación con otros grupos étnicos, incluidos los blancos. Estas diferencias pueden alcanzar una media de 20 mmHg en la sexta década de la vida. (24)

✧ Factores socioeconómicos

En los países en vías de desarrollo se observa una mayor prevalencia de HTA en los grupos socioeconómicamente más elevados, al contrario de lo que ocurre en países más desarrollados, donde la epidemia de HTA afecta a los grupos menos favorecidos cultural y económicamente. (24)

✧ Obesidad

Existe una estrecha asociación entre la prevalencia de obesidad e HTA. Por otra parte, cuando en estos pacientes la medida de la PA no se hace con los manguitos adecuados, puede sobreestimarse la prevalencia de HTA. (24)

Definición operativa de la hipertensión arterial

✧ Según cifras de presión arterial

En la Guía Europea de las Sociedades de Hipertensión y Cardiología del año 2019, el umbral para considerar a un individuo como hipertenso es flexible y puede variar en función del riesgo cardiovascular global. Un ejemplo son los pacientes diabéticos, en los que cifras de 130/80 mmHg ya se consideran elevadas. Para la población de edad superior a los 18 años, se considera el diagnóstico de HTA cuando la media de dos o más determinaciones de PAS/PAD en dos visitas sucesivas es igual o superior a 140 y/o 90 mmHg (6).



✧ Según estabilidad de la presión arterial

La PA está sometida a una importante variabilidad, fácilmente demostrable en la práctica clínica. Se considera HTA definida cuando las cifras de PA se mantienen, de manera constante, por encima de los límites de la definición de HTA ($PA \geq 140/90$ mmHg).(42) Cuando la detección de HTA se observa exclusivamente en la consulta, se trata de una «HTA de bata blanca» o «HTA clínica aislada». La prevalencia de esta forma de HTA es variable según los criterios utilizados. Se ha comprobado que estos pacientes pueden presentar, desde su diagnóstico, alteraciones de la función ventricular izquierda y también, en un plazo variable desde 1-6 años, desarrollar HTA definida y estable. El «fenómeno de bata blanca» se observa en pacientes hipertensos, incluso fuera del ámbito de la consulta, y su origen puede ser el mismo que en la HTA clínica aislada: un reflejo condicionado de carácter presor cuando la PA es medida, fundamentalmente, por el personal médico. (25)

Por otra parte, gracias a la medida ambulatoria de la PA, se ha introducido el término de HTA enmascarada en pacientes normotensos en consulta, pero hipertensos fuera de ella. El pronóstico CV de estos pacientes es similar al de los sujetos hipertensos. (25)

Clasificación: (6,11,26)

Clasificación	ESC/ESH (2018)	ISH (2020)
Óptima	<120 y <80	-
Normal	120-129 y/o 80-84	<130 y <85
Elevada	-	-
Normal-Alta	130-139 y/o 85-89	130-139 y/o 85-89
Estadio/Grado 1	140-159 y/o 90-99	140-159 y/o 90-99
Estadio/Grado 2	160-179 y/o 100-109	≥ 160 y/o ≥ 100
Estadio/Grado 3	≥ 180 y/o ≥ 110	-



Fuente: Boletín terapéutico andaluz; 2020.

Clasificación de la Hipertensión arterial según el daño que se produce sobre otros órganos:

ETAPA I: Sin alteraciones orgánicas.

ETAPA II: El paciente muestra uno de los siguientes signos, aún cuando se encuentre asintomático.

- a) Hipertrofia ventricular izquierda (palpación, radiografía del tórax, ECG, ecocardiograma).
- b) Angiotonía en arterias retinianas.
- c) Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina (hasta 2 mg/d).
- d) Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales.

ETAPA III: Manifestaciones sintomáticas de daño orgánico:

- a) Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardíaca.
- b) Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva.
- c) Exudados y hemorragias retinianas; papiledema.
- d) Insuficiencia renal crónica.
- e) Aneurisma de la aorta o aterosclerosis ocluyente de miembros inferiores. (24,27)



Clasificación de la hipertensión arterial sistémica según su causa

I. Hipertensión arterial sistémica esencial.

II. Hipertensión arterial sistémica secundaria:

1. De causa endocrinológica

- a) Hipertiroidismo
- b) Hipotiroidismo (mixedema)
- c) Feocromocitoma
- d) Hiperfunción de la corteza suprarrenal: síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario (Síndrome de Conn), hiperplasia congénita adrenal, ingestión excesiva de regaliz.
- e) Hormonas exógenas: glucocorticoides, estrógeno (incluyendo el inducido por el embarazo y los contraceptivos orales), alimentos que contengan simpaticomiméticos y tiramira, inhibidores de la monoamino oxidasa.
- f) Acromegalia
- g) Hipercalcemia
- h) Deficiencia de 11-hidroxilasa
- i) Deficiencia de 17-hidroxilasa
- j) Hipertensión arterial del embarazo.
- k) Síndrome de Geller

2. De causa parenquimatosa renal (nefropatías parenquimatosas y tubulointersticiales en fase terminal)

- a. Glomerulonefritis aguda
- b. Enfermedad renal crónica
- c. Poliquistosis renal



d. Tumores productores de renina.

3. De causa renovascular

- a. Intrínsecas a la arteria renal
- b. Aterosclerosis de la arteria renal
- c. Masas extrínsecas compresivas de la arteria renal

4. De causa aórtica (vascular)

- a. Coartación aórtica
- b. Poliarteritisnódosa
- c. Aumento del volumen intravascular
- d. Aumento del gasto cardíaco
- e. Rigidez de la aorta

5. De causa neurogénica

- a. Enfermedades bulbares y medulares
- b. Disautonomía
- c. Síndrome de Guillain-Barré
- d. Porfiria aguda
- e. Fibrodisplasia
- f. Psicogénica: Hipertensión de bata blanca
- g. Traumatismo craneoencefálico o de médula espinal
- h. Hipertensión intracraneal
- i. Tumores encefálicos
- j. Apnea del sueño. (27)



Factores predictores y patogenia de la hipertensión arterial esencial

La HTA esencial es la forma más frecuente en Atención Primaria. En la actualidad, se acepta que la HTA es la consecuencia de una interacción dinámica entre una serie de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y psicosociales. Diversos estudios observacionales y experimentales han tratado de determinar los factores relacionados con la elevación sostenida de la PA. En este apartado se analizan aquellos que tienen claras implicaciones prácticas en los programas de detección de casos, en la prevención primaria y en la individualización del tratamiento. (21)

- Herencia y factores genéticos

Los hijos de hipertensos tienen mayor probabilidad de presentar HTA. Ahora bien, a excepción de aquellos casos de HTA mono-génica y transmisión mendeliana (síndrome de Liddle, síndrome de Gordon, algunas formas de hiperplasia suprarrenal congénita, hiperaldosteronismo sensible a corticoides, etc.), el gran volumen de población hipertensa está constituido por formas de HTA esencial que presentan una transmisión poligénica. Consiste en alteraciones localizadas en diferentes genes con efectos pequeños e independientes a nivel individual, pero con un importante efecto sumatorio. Un 40% de la variación interindividual de las cifras tensionales en la población viene determinada por la carga genética. (28)

- Factores gestacionales y perinatales

La observación de una relación inversa entre el peso al nacer y la presión arterial tanto en niños como en adultos configura la hipótesis de una HTA de «origen fetal», en la que la malnutrición, en diferentes fases del embarazo, podría condicionar futuros incrementos de la PA. (28)

- Obesidad



Existe una relación directa y lineal entre el índice de masa corporal (IMC) y la PA, siendo más importante para la obesidad con distribución abdominal o central de la grasa corporal. Además, la coexistencia de obesidad central, resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia e HTA (conocida como síndrome metabólico) ha sido ampliamente estudiada en los últimos años. La resistencia a la insulina puede ya estar presente antes del incremento de la PA, como se ha comprobado en familiares de hipertensos con estas características sindrómicas. El mecanismo inductor de HTA en los casos de obesidad es, probablemente, un aumento de la volemia y del volumen sistólico, con una implicación tanto del sistema renina-angiotensina como del sistema nervioso simpático. (28,29)

- Consumo de sal

Diversos estudios han demostrado una relación entre el consumo de sal y las cifras de PA. Poblaciones con ingestas de sal inferiores a 3 g/día presentan prevalencias de HTA próximas al 0%. Sin embargo, no todos los individuos responden de igual manera al efecto presor del sodio. De forma general, se admite que existen grupos de hipertensos: en los «sensibles a la sal», la PA se eleva con altas ingestas de sodio y en los «resistentes a la sal» no solamente no presentan este efecto, sino que, además, no responden a una dieta pobre en sodio. Por otra parte, la sensibilidad a la sal es un factor pronóstico en el desarrollo de complicaciones CV y renales. (28,29)

- Sedentarismo y factores ambientales

El sedentarismo incrementa el riesgo de padecer HTA y, en sentido contrario, la práctica regular de ejercicio físico se acompaña de una reducción de la PA. Sin embargo, cuando un individuo normotenso realiza una prueba de esfuerzo, elevaciones de la PAS superiores a 200 mmHg pueden ser predictoras de HTA. (30)



Las deficiencias de potasio y magnesio se han asociado a cifras de presión arterial elevadas. Asimismo, se ha observado que una excesiva exposición al plomo ambiental puede jugar un papel en la génesis de HTA. (31)

Condicionantes externos o internos de naturaleza estresante son más frecuentes en los hipertensos. Las personas sometidas a condiciones laborales estresantes, con gran demanda y escasa capacidad de decisión («job strain»), presentan una hiperactividad del sistema nervioso simpático que podría ser el origen de una HTA crónica.

El ruido ambiental y ocupacional también ha sido implicado en determinados casos de HTA, si bien los mecanismos no están suficientemente aclarados. (2)

- Consumo de alcohol

El alcohol es responsable de un incremento de la PA como consecuencia de un incremento de la actividad simpática y del eje renina-angiotensina-aldosterona. La ingesta de cantidades superiores a 30 g/día (habituales en nuestra cultura) puede condicionar la aparición de HTA. El efecto presor del alcohol se ha demostrado tanto en hombres como en mujeres, pero en estas últimas con consumos diarios netamente inferiores. El consumo excesivo de alcohol puede contribuir a un 25-30% de los casos de HTA. (32)

- Falta de horas de sueño

Se ha demostrado que individuos que duermen menos de 5 horas diarias tienen un mayor riesgo de desarrollar HTA, probablemente a través de una mayor actividad del sistema nervioso simpático. (32)

- Factores inflamatorios



Los resultados de diversos estudios han planteado una posible asociación entre marcadores de inflamación, como la proteína C reactiva, y el desarrollo de HTA y complicaciones cardiovasculares. (32)

Activación del sistema renina-angiotensina

La activación excesiva del sistema renina-angiotensina-aldosterona se ha postulado como uno de los elementos clave en la fisiopatología de la HTA en sujetos menores de 55 años, que puede tener, incluso, connotaciones terapéuticas, tal como sugieren algunas de las guías más recientes. (33)

Lesiones a órganos

Los órganos cuya estructura y función se ven alterados a consecuencia de la hipertensión arterial no tratada o no controlada se denominan «órganos diana» e incluyen el sistema nervioso central, arterias periféricas, corazón y riñones, principalmente. La asociación entre la presión arterial y el riesgo de cardiopatías, infarto agudo de miocardio, derrame cerebral y enfermedades renales es independiente de otros factores de riesgo.(43) Por ejemplo, en individuos comprendidos entre las edades de 40 y 70 años de edad, cuando la presión arterial se encuentra entre 115/75 a 185/115 mmHg, cada incremento de 20 mmHg en la presión sistólica o de 10 mmHg en presión diastólica duplica el riesgo de aparición de alguna de estas enfermedades. (33)

Diagnóstico

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Es pues la constatación de cifras iguales o superiores de 140 mmHg de Presión Arterial Sistólica (PAS) o a 90 mmHg o más de Presión Arterial Diastólica (PAD), a toda persona de 18 años o más de edad que, por lo



menos en tres controles durante tres semanas diferentes haya presentado estos valores.(34)

Una vez confirmado el diagnóstico de HTA, la evaluación debe alcanzar los siguientes objetivos, que pueden condicionar la elección del tratamiento y el seguimiento del paciente:

1. Descartar razonablemente la HTA secundaria.
2. Analizar la existencia o no de lesiones clínicas o subclínicas de órganos diana.
3. Conocer los estilos de vida, otros FRCV (tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes, etc.) y la presencia de otras patologías asociadas que puedan influir en el pronóstico y tratamiento de la HTA.
4. Establecer el riesgo cardiovascular global o absoluto del paciente.(33,35)

Anamnesis

Deberá interrogarse específicamente sobre: antecedentes familiares de HTA y otros FRCV, enfermedad CV prematura en familiares (varones menores de 55 años y mujeres menores de 65 años), neurofibromatosis o neoplasia endocrina múltiple (se asocian al feocromocitoma) y poliquistosis renal; antecedentes personales sobre estilos de vida y otros FRCV, enfermedades nefrourológicas, cardiovasculares, endocrinológicas y alteraciones del sueño. Si el paciente ya conoce su condición de hipertenso, ha de precisarse el motivo de diagnóstico, la antigüedad de la HTA, las cifras de PA máximas detectadas, derivaciones al hospital debidas a la HTA, medicación previa, así como su cumplimiento y tolerancia. Es importante incidir sobre la ingesta de fármacos y sustancias presoras, y recordar los antecedentes familiares, signos, síntomas y datos analíticos que nos puedan orientar hacia una HTA secundaria. (36)

Examen físico



Además de la correcta medida de la presión arterial, deberá incluir siempre: peso, talla y cálculo del índice de masa corporal [$IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$]; exploración de tiroides y pulsos carotídeos; examen cardiopulmonar; exploración abdominal para la búsqueda de posibles masas y soplos abdominales, y exploración de pulsos periféricos. Es recomendable la determinación del índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes con ausencia de pulsos tibiales o cuando hay evidencia de enfermedad vascular en otros niveles. (36)

Es importante determinar el perímetro abdominal, colocando la cinta métrica en la zona de mayor perímetro (habitualmente a la altura del ombligo o en la media distancia entre el borde costal inferior y la cresta iliaca). Si la medida es superior a 102 cm en hombres o 88 cm en mujeres, se considera obesidad abdominal. (37)

La exploración del fondo del ojo (FO), practicada en óptimas condiciones por personal entrenado, está indicada en pacientes diabéticos, HTA grado 3 o urgencias hipertensivas. Debe valorarse en el resto de hipertensos que no tengan ninguna lesión de órgano diana. Hay que diferenciar los hallazgos propios de la HTA de los determinados por la edad (esclerosis vascular senil). Con excepción de los casos de HTA grave, que pueden representar formas malignas o aceleradas, los datos obtenidos de esta exploración no suelen condicionar modificaciones en la actitud terapéutica o en la planificación del seguimiento del hipertenso. La explicación a este hecho viene dada, en parte, por la falta de correlación entre los datos fundoscópicos y los niveles de PA en las formas de HTA ligera o moderada, las más frecuentes en Atención Primaria. Se están realizando estudios que aporten datos sobre el valor pronóstico de las alteraciones iniciales detectadas mediante retinografía en el FO. (38)

Exploraciones complementarias

Analítica



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

La investigación sistemática de la presencia de excreción urinaria de albúmina se considera obligatoria en los hipertensos. (38)

Electrocardiograma (ECG)

Es importante disponer de un ECG antes de iniciar el tratamiento, ya que nos informará sobre la repercusión cardíaca de la HTA y la existencia o no de patología previa concomitante. Además, algunas alteraciones del ECG contraindican el empleo de un determinado grupo farmacológico. Se valorará especialmente la presencia de alteraciones del ritmo, de la conducción, anomalías en la repolarización y la presencia o no de hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Las alteraciones menores del segmento ST-T son unas de las modificaciones más prevalentes y las que aparecen con mayor frecuencia en el seguimiento electrocardiográfico de los pacientes hipertensos, en un porcentaje más elevado que la misma HVI. (34,39)

Ecocardiograma

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

- Presencia de enfermedad cardíaca concomitante que requiera este tipo de estudio para una evaluación más precisa: permitirá, entre otros, el diagnóstico de valvulopatías, la estimación de la función sistólica o diastólica (eco-Doppler en este caso) en la insuficiencia cardíaca y la valoración de la contractilidad global o segmentaria.
- ECG con signos severos de HVI y sobrecarga ventricular izquierda (sospecha de miocardiopatía hipertrófica). (40)



Ecografía abdominal

Estará indicada en casos de sospecha de HTA de origen renal o vasculorrenal, patología nefrourológica asociada, auscultación de soplos abdominales o lumbares y HTA grave de aparición brusca. (40,41)

La intervención educativa en el adulto mayor

La intervención educativa es un tipo de estrategia utilizada para solucionar o disminuir situaciones problemáticas que suceden en nuestro país y a nivel mundial es por ello que se emplea para enseñar, capacitar, instruir de manera que mediante ello capten información que les resulten interesante y lo apliquen en sus vidas ya sea cualquier tema de diferente índole, La intervención educativa se encuentra organizado por secuencias que son denominadas como la agrupación de funciones ,tareas a realizar todo ello en un determinado programa. (30)

La intervención se divide en secuencias.

- El preliminar, este consiste en el inicio de la intervención educativa, el diseño del programa, la parte introductoria.
- Las intermedias, en esta secuencia se da el desarrollo en si del tema, el planteamiento de los objetivos y lo que se da a conocer.
- La micro secuencias, son secuencias de enseñanzas al tema. (30)

Etapas de la Intervención Educativa

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



- Ejecución: comprende en la aplicación de la intervención educativa sobre el determinado tema a desarrollar. Así también se determinará las funciones que cumpla cada integrante del desarrollo de la actividad. Esto conjuntamente con el diseño de los materiales, para este tipo de población el material a exponer debe ser lo más entendible en todo los sentidos, un material totalmente dinámico y de manera clara, este servirá como material de apoyo, como la también la realización de materiales para el público.
- Evaluación: antes y después se realiza la prueba del pre-test y pos-test con la finalidad de ver cuánto incremento el nivel de conocimiento o de qué manera afecto. (30)



OBJETIVOS

Objetivo general.

- ✧ Implementar una intervención educativa acerca del nivel de conocimiento de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos del consultorio No.6 perteneciente al Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez. 2019-2021.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos.
3. Diseñar una intervención educativa.
4. Evaluar el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos después de la implementación de intervención educativa



FUNDAMENTO METODOLÓGICO

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo

Diseño y tipo de estudio: Se realizó un estudio bietápico con el objetivo de implementar una intervención educativa acerca del nivel de conocimiento de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos pertenecientes al Consultorio Médico Familiar # 6 del Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez del municipio de Rodas, en el periodo comprendido de mayo de 2019 a mayo de 2021.

Escenario: Consultorio Médico Familiar # 6 del Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez del municipio de Rodas.

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

Universo: Conformado por los 214 pacientes adultos mayores, dispensarizados como hipertensos.

Muestra: se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple, mediante un programa computarizado, quedó conformada por 43 pacientes que constituyeron aproximadamente un 20% del universo.

En su primera parte el estudio fue observacional descriptivo, de corte transversal para caracterizar la población en estudio. A la muestra seleccionada se les aplicó un cuestionario (Anexo I) que contenía las siguientes variables: grupos de edad, sexo, color de la piel, escolaridad, hábito de fumar, ingestión de café, nivel de actividad física, consumo de sal y antecedentes familiares de hipertensión arterial.

La segunda etapa fue un estudio experimental (pre-experimento) aplicando la propuesta diseñada para evaluar el nivel de conocimientos antes y después de implementada a la muestra seleccionada.

[Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio # 6. Rodas. 2019-2021.](#)



Definición de variables

✧ Variable dependiente.

Conocimiento de la hipertensión arterial

Definición conceptual: Es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada. El conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización.

Definición operacional: Mediante la escala ordinal.

- ✧ Alto 27 _38 puntos
- ✧ Medio 14-26 puntos
- ✧ Bajo 0-13 puntos

✧ Variable Independiente:

Efecto de una intervención educativa

Definición conceptual: La intervención educativa es el conjunto de una serie de actividades sistemática y metódica que conducen al desarrollo del educando.

Operacionalización de variables.

VARIABLE	TIPO	DE ESCALA	DESCRIPCIÓN
	VARIABLE		



Grupos de edad	Cuantitativa discreta	60-64 65-69 70-74 75 y más	Personas calificadas por la edad, desde el nacimiento hasta los octogenarios y más viejos
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia
Color de la piel	Cualitativa nominal dicotómica	Blanco Negro	Según color de la piel
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria Básica Preuniversitaria Técnico Medio Universitario	Referido a la educación escolar que el paciente ha completado.
Hábito de fumar	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según la frecuencia de este hábito



Ingestión de café	Cualitativa Ordinal	Diariamente Ocasionalmente Nunca	Según la frecuencia de este hábito
Nivel de actividad física	Cualitativa Ordinal	Alto Moderado Bajo Ninguna	Según grado de actividad física
Consumo de sal	Cualitativa Ordinal	Alto Moderado Bajo Sin sal	Según refiera el paciente
Antecedentes familiares de hipertensión arterial	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según diagnóstico de hipertensión arterial en estos familiares del paciente.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de la información se obtuvieron datos a través de fuentes documentales escritas como fuentes históricas, fuentes estadísticas, informes de investigaciones, documentos oficiales, archivos y publicaciones periódicas; de material

Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio #
6. Rodas. 2019-2021.



monográfico de archivo, así como del análisis de vestigios y restos materiales como fotografías y documentación electrónica. Estos fueron insertados en una base de datos de Microsoft Office Excel y se procedieron estadísticamente en el programa SPSS 15.0, mediante los cuales se confeccionaron tablas y gráficos. Se empleó también Microsoft Office Word. Se procesó el análisis de toda la información obtenida, realizando las comparaciones con otros estudios, y la bibliografía consultada, llegándose a conclusiones y emitiendo las recomendaciones pertinentes.

El desarrollo de la investigación se realizó mediante tres etapas.

- ✧ Diagnóstica.
- ✧ Intervención.
- ✧ Evaluación.

I. Etapa de Diagnóstico.

Primeramente, se revisaron las Historias clínicas familiares (Anexo II) del consultorio No. 6 y se seleccionaron todos los pacientes hipertensos mayores de 60 años. Se estableció la comunicación con los pacientes, a fin de lograr la participación de los mismos, lo que quedó validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (Anexo III). La técnica de recolección utilizada fue la Encuesta, y utilizamos como instrumento el cuestionario (Anexo IV), el cual se aplicó de forma individual y estuvo conformado por 20 preguntas que evaluaron el conocimiento de la hipertensión arterial los cuales estuvieron divididos en 3 dimensiones que abarcaron los componentes 4 preguntas que evaluaron conceptos de la hipertensión arterial, 9 preguntas evaluaron el tratamiento no farmacológico y 7 evaluaron el tratamiento farmacológico. El mismo fue validado por Jadira Aldava Salas (30).

II. Etapa de diseño



Una vez obtenida la información inicial mediante el cuestionario se procedió a la aplicación del Programa Educativo “Conocimiento de la hipertensión arterial” (Anexo V) creado por Jadira Aldava Salas (30) en su estudio “Efecto de una intervención educativa sobre conocimiento de hipertensión arterial en adulto mayor del CIAM Santa Anita, 2018”. Las actividades educativas tomaron un tiempo de 16 horas, 2 horas semanales. Las clases se impartían personalmente por el autor los días jueves de 3 a 5 pm. La muestra se dividió en ocho grupos que estuvieron recibiendo las actividades por 6 semanas cada uno durante 12 meses.

Se utilizó exposición, demostración, lluvia de ideas, lectura comentada, corrillo, juego de roles, socio drama, observación.

III. Etapa de evaluación.

En un tercer momento, pasados 12 meses de la intervención en cada grupo, se repitió el cuestionario con las mismas características de su calificación y se evaluaron las modificaciones de los conocimientos con respecto a la etapa 1 del estudio. En esta etapa se compararon los resultados de la primera con los de la segunda.

Métodos que se emplearon.

Se emplearon métodos científicos del nivel teóricos y empíricos.

- Métodos empíricos: se utilizó la guía de observación para organizar los datos y recolectar información de acuerdo a los objetivos establecidos.
- Métodos teóricos : se aplicaron los métodos
 - Inductivo-deductivo para combinar el movimiento de lo particular a lo general y permitir establecer generalizaciones y razonamientos lógicos acerca del objetivo de estudio, con el movimiento de lo general a lo particular y llegar a conclusiones parciales y generales.



- Analítico -sintético: facilitó fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos

-Histórico-lógico para a partir de determinados principios, teorías o leyes derivar respuestas que explican fenómenos y que pueden ser confirmadas con la práctica. Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

Consideraciones éticas.

La investigación se realizó teniendo en cuenta la declaración de Helsinki (año 1989), incluyendo los cuatro principios éticos básicos que son el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se solicitó el consentimiento informado a todos los pacientes que participaron en el estudio, explicándoles que este estudio no conllevaría ningún riesgo para su salud ni problemas desde el punto de vista legal. No existió la posibilidad de causar algún daño biológico, psicológico o social a ningún paciente durante la realización de la investigación.



RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y sexo. Consultorio Médico Familiar # 6. Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez. Rodas. 2019-2021

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	8	18,6	9	20,9	17	39,5
65-69	5	11,6	7	16,3	12	27,9
70-74	4	9,3	4	9,3	8	18,6
75 y más	3	7,0	3	7,0	6	14,0
Total	20	46,5	23	53,5	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

La tabla 1 muestra la distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y sexo, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes de 60-64 años, representando en 39,5% y el sexo femenino en el 53,5%.



Tabla 2: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y color de la piel.

Grupo de edad	Color de la piel				Total	
	Blanco		Negro			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	10	23,3	7	16,3	17	39,5
65-69	7	16,3	5	11,6	12	27,9
70-74	5	11,6	3	7,0	8	18,6
75 y más	4	9,3	2	4,7	6	14,0
Total	26	60,5	17	39,5	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

La distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y color de la piel, presentada en la tabla 2, dio a conocer que preponderaron los pacientes con color de piel blanca en el 60,5%.



Tabla 3: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y nivel educacional.

Nivel Educacional	Grupos de edad								Total	
	60-64		65-69		70-74		75 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	4	9,3	3	7,0	4	9,3	3	7,0	14	32,6
Secundaria Básica	7	16,3	6	14,0	2	4,7	2	4,7	17	39,5
Técnico medio	3	7,0	2	4,7	1	2,3	1	2,3	7	16,3
Preuniversitario	2	4,7	1	2,3	1	2,3	0	0,0	4	9,3
Universitario	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3
Total	17	39,5	12	27,9	8	18,6	6	14,0	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

Los pacientes con nivel escolar de Secundaria Básica fueron los de mayor predominio en el estudio, según datos de la tabla 3 el 39,5% presentaron este nivel escolar y solo el 2,3% alcanzaron nivel universitario.



Tabla 4: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y hábito de fumar.

Grupo de edad	Hábito de fumar				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	11	25,6	6	14,0	17	39,5
65-69	7	16,3	5	11,6	12	27,9
70-74	5	11,6	3	7,0	8	18,6
75 y más	3	7,0	3	7,0	6	14,0
Total	26	60,5	17	39,5	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

La tabla 4 muestra la distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y hábito de fumar. Se pudo apreciar que el 60,5% de los pacientes fumaban.



Tabla 5: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad e ingestión de café.

Grupo de edad	Ingestión de café						Total	
	Diariamente		Ocasionalmente		Nunca			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	9	20,9	5	11,6	3	7,0	17	39,5
65-69	6	14,0	4	9,3	2	4,7	12	27,9
70-74	4	9,3	2	4,7	2	4,7	8	18,6
75 y más	3	7,0	2	4,7	1	2,3	6	14,0
Total	22	51,2	13	30,2	8	18,6	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

La Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad e ingestión de café, presentada en la tabla 5, dio a conocer que el 51,2% de los pacientes ingieren café diariamente.



Tabla 6: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y nivel de actividad física.

Grupo de edad	Nivel de actividad física								Total	
	Alto		Moderado		Bajo		Ninguna			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	2	4,7	4	9,3	9	20,9	2	4,7	17	39,5
65-69	2	4,7	3	7,0	5	11,6	2	4,7	12	27,9
70-74	0	0,0	2	4,7	3	7,0	3	7,0	8	18,6
75 y más	0	0,0	0	0,0	3	7,0	3	7,0	6	14,0
Total	4	9,3	9	20,9	20	46,5	10	23,3	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

El 46,5% de los adultos mayores estudiados presentaron un nivel bajo de actividad física, según datos expuestos en la tabla 6.



Tabla 7: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y consumo de sal.

Grupo de edad	Consumo de sal								Total	
	Alto		Moderado		Bajo		Sin sal			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	2	4,7	6	14,0	8	18,6	1	2,3	17	39,5
65-69	1	2,3	5	11,6	5	11,6	1	2,3	12	27,9
70-74	0	0,0	5	11,6	3	7,0	0	0,0	8	18,6
75 y más	0	0,0	4	9,3	2	4,7	0	0,0	6	14,0
Total	3	7,0	20	46,5	18	41,9	2	4,7	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

El consumo de sal en los adultos mayores estudiados fue moderado en el 46,5% y bajo en el 41,9%. (Tabla 7)



Tabla 8: Distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y antecedentes familiares de HTA.

Grupo de edad	Antecedentes familiares de HTA				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	9	20,9	8	18,6	17	39,5
65-69	7	16,3	5	11,6	12	27,9
70-74	5	11,6	3	7,0	8	18,6
75 y más	3	7,0	3	7,0	6	14,0
Total	24	55,8	19	44,2	43	100,0

Fuente: Cuestionario.

La tabla 8 presenta la distribución de adultos mayores hipertensos según grupos de edad y antecedentes familiares de HTA, donde se pudo apreciar que el 55,8% de los pacientes estudiados presentaron antecedente familiares de HTA.



Tabla 9: Distribución de adultos mayores hipertensos según nivel de conocimientos en el pre y postest.

Dimensiones		Pretest		Postest	
		No.	%	No.	%
Generalidades de la HTA	Alto	2	4,7	31	72,1
	Medio	9	20,9	11	25,6
	Bajo	32	74,4	1	2,3
Tratamiento no farmacológico	Alto	0	0,0	33	76,7
	Medio	8	18,6	8	18,6
	Bajo	35	81,4	2	4,7
Tratamiento farmacológico	Alto	2	4,7	35	81,4
	Medio	7	16,3	7	16,3
	Bajo	34	79,1	1	2,3
Conocimiento global	Alto	1	2,3	34	79,1
	Medio	9	20,9	7	16,3
	Bajo	33	76,7	2	4,7

Fuente: Encuesta.

La distribución de adultos mayores hipertensos según nivel de conocimientos en el pre y postest, presentada en la tabla 9, dio a conocer que en el pretest predominaron los pacientes con nivel de conocimiento bajo en todas las dimensiones, según el conocimiento global, el 76,7% fueron evaluados con nivel bajo. En el postest frecuentaron los pacientes con nivel de conocimiento alto en todas las dimensiones. El



conocimiento global en esta ocasión fue evaluado de alto en el 79,1% de los pacientes estudiados.



DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es uno de los problemas de salud prioritarios en la actualidad. Se ha demostrado que las cifras de presión arterial aumentan progresivamente con el decursar de los años así como las complicaciones asociadas a estas y existe variabilidad en su comportamiento según sexo, color de la piel, escolaridad y desigualdades sociales.(25,37,42)

En la caracterización de la población hipertensa estudiada hubo un predominio del grupo etario de 60-64 años, resultados que coinciden con los expuestos por .Anselmo Casós (29), Díaz Piñera (25) y Rojas Delgado (43). Por otro lado Tinoco Valdivia (22) encontró que el 47,8% de sus pacientes estaban entre los 70-79 años, resultado que discrepa con lo obtenido por la autora del presente trabajo.

En cuanto al sexo, en el presente estudio predominaron las féminas, datos que se asemejan con los de Sierra Pérez et al (44), Medina Gutierrez et al (2), Alejos García y Maco pinto (45), Anselmo Casós (29), Achiong Estupiñán et al (4), Bayas Guerrero y Campos Ortega (15), Díaz Piñera (25) y Montes de Oca Rodríguez y Viquillón Gómez (46).

En el estudio de Rojas Delgado (43) se expuso una mayor representación de adultos mayores del sexo masculino, estando representado por el 56,6%, datos que discrepan de los de la autora del trabajo.

El mayor número de pacientes del sexo femenino esta en correspondencia con los datos aportados por el Anuario Estadístico de Salud (18) del año 2019, donde se expuso una tasa prevalencia de hipertensión arterial por 1 000 habitantes, de 757,1 en el sexo masculino y de 761,2 en el sexo femenino en la población de 60-64 años y en la población de 65 años o más de 476,6 en el sexo masculino y de 535,0 en el femenino.



Estos datos pueden corresponderse además a los procesos fisiológicos que ocurren en la mujer y a una mayor tasa de utilización de los servicios de salud.(47) En ambos sexos, las conductas no saludables, entre otros factores, favorecieron a un mal control de la presión arterial, lo que coincide con otros estudios realizados donde además se ha encontrado asociación con el sobrepeso y la obesidad. (48) Actualmente se le da mucho valor a la hiperreactividad cardiovascular, sobre todo en la mujer, factor de riesgo predictor de la HTA, que actúa independientemente de los factores de riesgo ya conocidos y contribuye al desarrollo de la hipertensión arterial y de otras enfermedades no transmisibles.

De acuerdo a la distribución de adultos mayores hipertensos según el color de la piel, se pudo apreciar que predominaron los pacientes blancos, datos que coinciden con los de Díaz Piñera (25) y Achiong Estupiñán et al (4).

Respecto al nivel escolar predominante en los pacientes estudiados, predominaron los del nivel escolar de Secundaria Básica, datos que se corresponden con los expuestos por Medina Gutiérrez et al (2), Achiong Estupiñán et al (4), Díaz Piñera (25), Alejos García y Maco pinto (45).

Por otro lado, se encontraron investigaciones en las que en nivel escolar primario fue el más frecuente, como ocurrió en el estudio de Anselmo Casós (29), Rojas Delgado (43), Tinoco Valdivia (22), Cámara Carrasco y Huaman Rodríguez (49)

A mayor instrucción mejor es la capacidad de decisión sobre protección de su salud.

Respecto al nivel de instrucción, se debe agregar que el nivel bajo de escolaridad puede limitar el acceso a la información y a su interpretación, debido al posible compromiso de las habilidades de lectura, escritura, comprensión o del habla, condición ésta que puede reducir el acceso a las oportunidades de aprendizaje que se relacionan con el



autocuidado y control médico regular; situación que repercute en el empeoramiento de la enfermedad.

La autora de la investigación sostiene que los resultados encontrados son la resultante del nivel escolar de la población estudiada, donde todos han tenido la oportunidad y el acceso a una educación gratuita, inclusiva, de calidad, sin distinciones de sexo ni raza.

El hábito de fumar estuvo presente en un gran porcentaje de los adultos mayores hipertensos estudiados, sin embargo, Bayas Guerrero y Campos Ortega (15) expusieron que el 72,7% de sus pacientes no consumían cigarros, datos que difieren de los obtenidos.

La nicotina ataca sobre las arterias disminuyendo la circulación la cual afecta al oxigenación de los tejidos con lo cual se provocan daños al sistema cardiovascular y, respiratorio. (15)

Fumar tabaco tiene un efecto vasopresor agudo y duradero que puede aumentar la PA ambulatoria diurna, aunque dejar de fumar y otras medidas en el estilo de vida también son importantes más allá de la PA, como la prevención de ECV y cáncer. (6)

En estudios realizados se ha observado que tanto los fumadores normotensos como los hipertensos sin tratar presentaban valores de PA diurna más altos que los no fumadores (50). No se han descrito efectos crónicos del tabaco en la PA medida en consulta, la cual no disminuye al dejar de fumar. Aparte de la PA, el tabaco es el mayor factor de riesgo que contribuye a la carga total de las enfermedades, y dejar de fumar probablemente sea la medida más eficaz de los cambios en el estilo de vida para la prevención de las ECV, incluidos el ictus, el infarto de miocardio y la enfermedad vascular periférica. Por lo tanto, en cada consulta se debe constatar el estado tabáquico del paciente y los hipertensos deben recibir asesoramiento para dejar de fumar. (6,51)



La ingestión de café estuvo presente en un gran porcentaje de los pacientes estudiados, la mayor cantidad de ellos lo hacían diariamente. Muñoz (52) expuso que el 75% de los gerontes no consumían café, resultado que discrepa con el obtenido por la autora del trabajo.

Con respecto al consumo de café, se ha observado que la cafeína tiene un efecto vasopresor agudo. No obstante, el consumo de café se asocia con beneficios cardiovasculares, como ha puesto de manifiesto una reciente revisión sistemática de estudios prospectivos de cohortes que incluyeron a más de 1 millón de participantes y 36 352 eventos CV. Por otra parte, el consumo de té verde o negro puede tener un efecto pequeño pero significativo de reducción de la PA. (6)

En lo referido a la actividad física, en el estudio frecuentaron los pacientes con nivel de actividad física bajo.

Al respecto, Bayas Guerrero y Campos Ortega (15) expusieron que el 45,5% de los gerontes estudiados realizaban alguna actividad física por lo menos 1 vez por semana un 18,2% y un 22,7% realizaban actividad física al menos 3 veces por semana, datos que se asemejan a los expuestos anteriormente.

Dávila Epiquien (28) encontró que el 63% de los pacientes realizaban ejercicio físico de manera regular, resultados que difieren con los obtenidos en la presente investigación.

Numerosos estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que el ejercicio físico regularmente practicado como una actividad pequeña de 30 minutos al día, mejora el perfil aterogénico de las dislipidemias y baja el riesgo de padecer de hipertensión arterial, tiene un efecto favorable sobre el peso corporal y la función endotelial. En contraposición al sedentarismo, el ejercicio físico realizado con regularidad disminuye el riesgo de mortalidad cardiovascular en adultos, nuestro estudio demostró que la mayoría de población estudiada reconoció que las caminatas de 30 a 40 minutos son recomendables



para el control de la hipertensión arterial, siendo un factor independiente que disminuye el riesgo de varias enfermedades cardiovasculares y desenlaces fatales, ya que el riesgo de hipertensión incrementa entre 30 y 50% entre la gente que son físicamente inactivos.(45)

La actividad física conlleva grandes beneficios para la salud de la población en general pero también el tiempo que se le da a la misma a la semana ayuda a mejorar el estado cardiovascular de la población no solo es la actividad física también la frecuencia con la que se realiza alguna actividad. (15)

El ejercicio físico desencadena muchos procesos fisiológicos los cuales ayudan a los organismos a regular los niveles de azúcar en la sangre, a mejorar el riego sanguíneo la oxigenación de los tejidos, a la disminución del colesterol malo y al aumento de las defensas. (15)

La actividad física regular de menores intensidad y duración reduce la PA en menor medida que el entrenamiento moderado o intenso, pero se asocia con una reducción de al menos el 15% de la mortalidad en estudios de cohortes. Con base en la evidencia, se recomienda aconsejar a los pacientes hipertensos que realicen al menos 30 min de ejercicio aeróbico dinámico (caminar, correr, montar en bicicleta o nadar) moderado o intenso 5-7 días a la semana. Además, puede ser aconsejable la práctica de ejercicios de resistencia 2-3 días a la semana. Se recomienda el aumento gradual del ejercicio aeróbico moderado o intenso a 300 min o a 150 min de ejercicio vigoroso a la semana, o una combinación equivalente, porque puede aportar beneficios adicionales a los adultos sanos³⁵. El impacto de los ejercicios isométricos en la PA y el riesgo CV está menos establecido. (6)

Según el Ministerio de Salud, una dieta saludable proporciona beneficios para nuestra salud de forma general, y sí se combina con la actividad física reduce el peso, ya que la obesidad origina muchas enfermedades. (28)



Cabe destacar que un conocimiento adecuado sobre un hábito deportivo sería de mucha importancia para el control de la hipertensión arterial.

La población estudiada se caracterizó por un consumo moderado de sal, al respecto, Bayas Guerrero y Campos Ortega (15) agregaron resultados que coinciden con los expuestos anteriormente.

Por otro lado, Muñoz (52) afirmó que el 70% de sus pacientes consumen alimentos bajos en sal, resultados que difieren con los obtenidos en el estudio.

La sal es uno de los principales condimentos por así decirlo de los pacientes hipertensos debemos recordar que el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares aumenta con la hipertensión esto añadido el consumo de sal duplica el riesgo. (15)

Si la sangre contiene exceso de sal, el riñón retendrá más y eliminará menos agua. El aumento del volumen de sangre resultante hace aumentar la presión arterial. En consecuencia un aumento la presión arterial. (15)

Hay evidencia de la relación causal entre la ingesta de sodio y la PA, y se ha demostrado que el consumo excesivo de sodio (> 5 g/día, como una cucharadita de sal al día) se asocia con un aumento de la prevalencia de HTA y un aumento de la PAS con la edad.(6)

Por otra parte, en numerosos estudios se ha observado que la restricción del consumo de sodio tiene un efecto reductor de la PA. Un reciente metanálisis de estos estudios ha mostrado que una reducción de 1,75 g/día (4,4 g de sal al día) se asocia con una reducción media de la PAS/PAD de 4,2/2,1 mmHg, con un efecto más pronunciado ($-5,4/-2,8$ mmHg) en personas con HTA. (53)

El efecto de la restricción de sodio es mayor en personas de raza negra, personas mayores y en pacientes con diabetes, síndrome metabólico o ERC (54). En personas



tratadas para la HTA, la restricción efectiva de sodio puede reducir el número y la dosis de fármacos antihipertensivos que son necesarios para controlar la PA. (6,11)

Respecto a los antecedentes familiares de HTA, más de la mitad de los pacientes refirieron presentarlo.

Un antecedente familiar es una característica frecuente de los pacientes hipertensos, que se considera hereditaria entre el 35-50% en la mayoría de los estudios.

Se han descrito algunas formas raras y monogénicas de HTA, como el aldosteronismo tratable con glucocorticoides, el síndrome de Liddle y otras, en las que una mutación genética explica totalmente la patogenia de la HTA y dicta la mejor opción de tratamiento(55,56). Existen también formas hereditarias de feocromocitoma y paraganglioma, que son causas de HTA poco frecuentes. (57)

Al distribuir los adultos mayores hipertensos según nivel de conocimientos en el pre y postest, se observó que en el pretest predominaron los pacientes con nivel de conocimiento bajo en todas las dimensiones, y en el postest frecuentaron los pacientes con nivel de conocimiento alto en todas las dimensiones. Resultados similares fueron hallados por Montes de Oca Rodríguez y Viquillón Gómez (46), Sierra Pérez et al (44), Chumo Yanayaco (58), Anselmo Casós (29), Leiva Espinoza (59), Alejos García y Maco pinto (45), Achiong Estupiñán et al (4), Saldaña Espinola (60) y Aldava Salas (30)

Se debe señalar que los estudios mencionados coinciden con los resultados obtenidos en este trabajo, en cuanto a la demostración de que la mayoría de los hipertensos desconocen las principales características de su enfermedad, así como los factores de riesgo modificables, tema que tiene gran importancia para el control de la HTA, lo que justifica la alta incidencia de riesgo cardiovascular existente.



Piaget (31) al respecto afirma que el conocimiento es una construcción que se da en el individuo, por la asimilación de la información que recibe, modificando estructuras preexistentes, manifiesta que para que el conocimiento ingrese a la estructura mental debe haberse dado la interacción con objetos concretos, darse la experiencia y el contacto directo. De acuerdo con lo dicho se deduce que, el nivel de conocimiento encontrado fue bajo porque las personas encuestadas, no todas lidian con la realidad de ser hipertenso, no hay interacción con la realidad de esta enfermedad directamente, puesto que las personas a pesar de que dicen cuidarse, ignoran cuáles son sus factores de riesgos o controles que deben realizarse para realmente saber si esta uno sano y solo le toman importancia a ciertos malestares cuando el asunto se vuelve serio.

Por otro lado, Javier Ninahuamán y Santos Taipe (61) encontraron que el 60% presento un nivel bajo, el 23.6% presento un nivel de conocimiento medio, y el 16.4% presento un nivel de conocimiento Alto en el pretest, luego de la intervención educativa el 100% presento un nivel de conocimiento alto, dato que difiere del obtenido en el presente estudio.

El hombre, en el transcurso de la vida, aprende a cuidar de sí mismo y de los otros, pero no se puede afirmar que al llegar a la vejez esa habilidad sea preservada. Es importante comprender que ese aprendizaje también puede ocurrir en la vejez, esto quiere decir que no hay edad límite para el ejercicio del autocuidado. Es esencial estar desarrollando constantemente la capacidad para auto cuidarse, a lo largo de la vida y aún más, durante la vejez. (61)

Lo antes descrito permite resaltar la importancia de educación en salud, pues se ha comprobado que gran parte de la morbilidad existente tiene su origen relacionado a los estilos de vida que nosotros mismos mantenemos o cambiamos y para evitar enfermedades es importante planificar la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud. (28)



La promoción de autocuidado a través de la educación a los pacientes y familiares de las personas con esta patología, permitirá desarrollar conductas que no sólo beneficia su estado de salud, sino que contribuyen a la formación de un individuo responsable y productivo.

El automanejo en pacientes con enfermedad crónica, en este caso afectados con hipertensión arterial, está basado en teorías que enfatizan el rol autónomo del sujeto de estudio para responsabilizarse por conocer, manejar adecuadamente sus signos y síntomas y adherirse al tratamiento. La educación de la enfermera es complementaria al rol ejercido por el paciente crónico en el manejo de su enfermedad.

Todos los países pueden hacer más, para mejorar los resultados de salud de las personas hipertensas, mediante el fortalecimiento de la prevención por medio de la aplicación de estrategias integrales, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y la mitigación del sufrimiento asociado con los voluminosos pagos directos por los servicios de salud.

El médico debe ser un buen comunicador, tener los conocimientos suficientes, además de la habilidad para transmitir todos estos conocimientos e incentivar la adherencia al tratamiento. Por otro lado la persona debe aceptar su enfermedad, apropiarse de los conocimientos y ponerlos en práctica, también se requiere de la colaboración de los gobiernos, la sociedad civil, las instituciones académicas, la familia y los productores de alimentos y bebidas, entre otros. (25)

Entre las acciones principales están la práctica de actividad física sistemática, la eliminación o disminución de la ingestión de alcohol a niveles no dañinos, reducir el consumo de sal, lograr adecuada educación nutricional sobre la ingestión de alimentos con equilibrio energético que provean los micronutrientes necesarios para favorecer la salud cardiovascular, la eliminación del tabaquismo, y fomentar la autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria en relación con la salud. Existen numerosos estudios



sobre intervenciones que han contribuido a la mejora de los estilos de vida, incrementan el conocimiento de las personas sobre la enfermedad y logran un mejor control.¹⁹⁻²⁵ Se plantea que las intervenciones cognitivas conductuales suelen ser las más efectivas para lograr estos cambios, además de que permiten una mayor adherencia al tratamiento y control del paciente.



CONCLUSIONES

Al caracterizar la población pudimos apreciar que frecuentaron los pacientes entre los 60 y 64 años de edad, de sexo femenino, color de piel blanca y nivel escolar Secundaria Básica.

Predominaron los adultos mayores hipertensos con hábito de fumar, los que ingerían café diariamente, los que presentaban un nivel bajo de actividad física, los que mantenían un consumo moderado de la sal y los que presentaron antecedentes familiares de HTA.

En el pretest predominaron los pacientes con nivel de conocimiento bajo en las dimensiones generalidades de la HTA, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico, llegando a clasificar la población con bajos niveles de conocimientos generales del tema. En el posttest frecuentaron los pacientes con nivel de conocimiento alto en todas las dimensiones, alcanzando un nivel de conocimiento global alto.



RECOMENDACIONES

Que el presente estudio sirva como base en futuras investigaciones realizadas sobre el conocimiento del adulto mayor sobre la hipertensión arterial.

Los profesionales de Salud Pública elaborar guías de procedimientos orientados a mejorar el rol de enseñanza que brinda, teniendo en cuenta, para mejor eficacia, las dimensiones del estudio, aspectos generales, factores de riesgo y medidas preventivas.

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



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo la Madrid KE. Estilo De Vida Y Su Relación Con Los Niveles De Presión Arterial En Adultos Mayores Del Centro De Salud Víctor Larco -2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25440>
2. Medina Gutierrez R, Vilcachagua Castillo JE, Rojas Morales J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2016 [Tesis]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2017 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/775>
3. Arias Gutierrez N, Vilca Negron L. Estrategias educativas en el autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 5 de enero de 2020 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3682>
4. 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. Revista Médica Electrónica [Internet]. agosto de 2018 [citado 25 Ene 2021]; 40 (4): 968-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242018000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Sánchez Vicente R. Efectividad de las intervenciones educativas sobre los cambios de estilo de vida en paciente adulto mayor con hipertensión arterial [Tesis]. 4 de marzo



de 2020 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4028>

6. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 31 Ene 2021]; 72 (2): 160.e1-160.e78. Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791?redirect=true>

7. Endomba FT, Mazou TN, Bigna JJ. Epidemiology of depressive disorders in people living with hypertension in Africa: a systematic review and meta-analysis. BMJ open [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 5]; 10 (12): e037975. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33303433/>

8. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2021 [citado 31 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

9. Iancu MA, Mateiciuc II, Alexandra Stanescu AM, Matei D, Diaconu CC. Therapeutic Compliance of Patients with Arterial Hypertension in Primary Care. Medicina (Kaunas, Lithuania) [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 25]; 56 (11): 631. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33266465/>

10. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 25]; 16 (4): 223-37. DOI: 10.1038/s41581-019-0244-2

11. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. 2020; Bol Ter ANDAL [Internet]. 2020 [citado 31 Ene 2021]; 35 (4). Disponible en:



https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2020/CADIME_BTA_2020_35_04_.pdf

12. Ritchie H, Roser M. Causes of Death [Internet]. Reino Unido: Our World in Data. 2020 [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://ourworldindata.org/causes-of-death>
13. Revueltas Agüero M, Molina Esquivel E, Benítez Martínez M, Hinojosa Álvarez M del C, Fernández SV, Betancourt Bethencourt JA, et al. Caracterización de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial en Cuba, decenio 2009- 2018. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. abril de 2021 [citado 31 Ene 2021]; 20 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Dorobantu M, Tautu O-F, Dimulescu D, Sinescu C, Gusbeth-Tatomir P, Arsenescu-Georgescu C, et al. Perspectives on hypertension's prevalence, treatment and control in a high cardiovascular risk East European country: data from the SEPHAR III survey. J Hypertens [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 5]; 36 (3): 690-700. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001572
15. Bayas Guerrero NL, Campos Ortega EA. Estilos de vida del Adulto Mayor con Hipertensión en el Centro de Salud de San Juan de Calderón en el periodo de octubre 2016-febrero 2017 [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; febrero de 2017 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10125>
16. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Flores Coria A, Gómez Álvarez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. Salud pública Méx [Internet]. 3 de mayo de 2021 [citado 31 May 2021]; 61-6: 888-97. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n6/888-897/>



17. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Pedroza Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento Ensanut MC 2016. Salud Publica Mex [Internet]. 2018 [citado 31 May 2021]; 60 (3): 233-43. DOI: <https://doi.org/10.21149/8813>
18. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2020 [citado 8 Ene 2021]. Disponible en: [https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%
c3%b3nico-Espa%
c3%b1ol-2019-ed-2020.pdf](https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%c3%b3nico-Espa%c3%b1ol-2019-ed-2020.pdf)
19. Dirección Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2019. Cienfuegos.
20. Ramos Rojas G. Efectividad de una intervención educativa de enfermería en autocuidado para el control de la presión arterial en pacientes hipertensos [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener [Internet]. 3 de diciembre de 2017 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1139>
21. Urbina Idarraga PL. Nivel de adherencia al tratamiento ambulatorio de la hipertensión arterial en el Centro de Salud Piedra Liza y el Hospital Municipal Los Olivos, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo [Internet]; 2019 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30533>
22. Tinoco Valdivia CV. Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de salud Collique III Zona. Comas, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo. 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18053>
23. Palomino Buleje NB, Vilchez Vilcapoma MDR. Efectividad de una intervención educativa de enfermería en autoayuda para mejorar la adherencia al tratamiento y el



control de la presión arterial en pacientes hipertensos [Tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2 de diciembre de 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2614>

24. Panchi Panchi BJ. Percepciones actitudes y prácticas de la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles del grupo Nuevo Renacer del Centro de Salud Hierba Buena N°1 en el periodo de abril a diciembre 2016 Investigación cualitativa [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; enero de 2017 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10362>

25. Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, García Roche R, Carbonell García I, Achiong Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Revista Finlay [Internet]. septiembre de 2018 [citado 25 Ene 2021]; 8 (3): 180-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342018000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=en

26. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 21]; 75 (6): 1334-57. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>

27. Gutiérrez Llumiquinga EN, Topón Quinga LA. Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables en pacientes con hipertensión arterial, en el Centro de Salud de Carapungo 2 del Distrito 17D02, de la Parroquia de Calderón en el periodo de abril a julio del 2016 [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15237>



28. Dávila Epiquien KP. Efecto de un programa educativo sobre el estilo de vida en adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza Trujillo 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25403>
29. Anselmo Casós NG. Automanejo del adulto mayor con hipertensión arterial que acude al consultorio de medicina del Centro de Salud mi Perú, Ventanilla- Callao, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18003>
30. Aldava Salas J. Efecto de una intervención educativa sobre conocimiento de hipertensión arterial en adulto mayor del ciam santa anita, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo. 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26007>
31. López Sancho JM. Platón, Piaget, Kuhn y el conocimiento científico. Consejo Superior de Investigaciones Científicas [Internet]. 2014 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: http://digital.csic.es/bitstream/10261/109764/3/Platon%20Piaget%20Kuhn%20conocimiento_LopezSanchoCSIC2014.pdf
32. Pallarés Carratalá V, Divisón Garrote JA, Prieto Díaze MA, García Matarín L, Seoane Vicenteg MC, Molina Escribano F, et al. Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2019 [citado 9 Ene 2021]; 45 (4): 251-272. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-avance-resumen-posicionamiento-el-manejo-hipertension-arterial-S1138359319300310>



33. Din Babar ZU, Gammie TM, Gnjjidic D, Reeve E, Jordan V, HilmerIngrid SN, et al. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 4]. 6: CD012572. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012572/full>
34. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 5]; 71 (6): e13-115. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.0000000000000065>
35. Tschanz MP. Synopsis of the 2020 U.S. Department of Veterans Affairs/U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of Hypertension in the Primary Care Setting. Ann Intern Med [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 3]; 173 (11):904-913. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/cd/htn/>
36. Anderson TS, Odden M, Penko J, Kazi DS, Bellows BK, Bibbins-Domingo K. Generalizability of Clinical Trials Supporting the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Blood Pressure Guideline. JAMA Intern Med [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 13]; 180 (5): 795-7. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0051
37. Bonet M, Varona P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: ECIMED; 2014
38. Garjón J, Saiz LC, Azparren A, Elizondo JJ, Gaminde I, Ariz MJ. First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension (Review). Cochrane



Database Syst Rev [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 13]; 1(1):CD010316. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28084624/>

39. Wang Z, Chen Z, Zhang L, Wang X, Hao G, Zhang Z, et al. Status of Hypertension in China: Results From the China Hypertension Survey, 2012-2015. Circulation [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 13]; 137 (22): 2344-56. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032380
40. Mokwatsi GG, Schutte AE, Kruger R. Ethnic differences regarding arterial stiffness of 6-8-year-old black and white boys. J Hypertens [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 13]; 35 (5): 960-7. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001267
41. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Das SR, et al, American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2019 update: a report From the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 13]; 139: e56-e528. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000950
42. Alfonzo JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: ECIMED; 2009
43. Rojas Delgado YR. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consultorios externos del Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec. Ventanilla - 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/21243>
44. Sierra Pérez M, Martínez Aballe OB, Carmenate Rodríguez R. Intervención educativa en adultos mayores sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo.



Opuntia Brava [Internet]. 17 de octubre de 2018 [citado 25 Ene 2021]; 10 (4): 291-301. Disponible en: <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/638>

45. Alejos García ML, Maco Pinto JM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [Tesis] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1007>

46. Montes de Oca Rodríguez SM, Viquillón Gómez R. Intervención Educativa para el control de la hipertensión arterial. Archivos del Hospital Universitario «General Calixto García» [Internet]. 14 de febrero de 2017 [citado 25 Ene 2021]; 4 (3): 7-14. Disponible en: <http://www.revcaxito.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/177>

47. León ML, Benet M, Mass LA, Willians S, González LH, León A. La hiperreactividad cardiovascular como factor predictivo de la hipertensión arterial en la mujer. Medisur [Internet]. 2016 [citado 23 Ene 2021]; 14 (3): [aprox. 10p]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3095>

48. González R, Lozano JG, Aguilar A, Gómez OL, Díaz M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [citado 2 Ene 2021]; 33 (2): [aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.revvmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/350>

49. Cámara Carrasco RE, Huaman Rodríguez SL. Nivel de automanejo del adulto mayor hipertenso según sexo, que acude a la casa del " Adulto Mayor del distrito de Magdalena del Mar [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 26 de abril de 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1685>



50. Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* [Internet]. 1992 [cited 2021 Jan 4]; 10: 495–499. DOI: 10.1097/00004872-199205000-00014
51. Ramos DPM. Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la HTA. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2019 [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: <https://secardiologia.es/blog/rec/10307-comentarios-a-la-guia-esc-esh-2018-sobre-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-hta>
52. Muñoz M. Nivel Del Autocuidado Adulto Hipertenso [Tesis]. Perú: Universidad César Vallejo; 2013 [citado 6 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.academia.edu/7160832/TESIS>
53. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 4]; 346: f1325. DOI: 10.1136/bmj.f1325
54. Suckling RJ, He FJ, Markandu ND, MacGregor GA. Modest Salt Reduction Lowers Blood Pressure and Albumin Excretion in Impaired Glucose Tolerance and Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Double-Blind Trial. *Hypertension* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 4]; 67 (6): 1189-95. DOI:
55. Burrello J, Monticone S, Buffolo F, Tetti M, Veglio F, Williams TA, Mulatero P. Is there a role for genomics in the management of hypertension? *Int J Mol Sci* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 4]; 18: 1131. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06637
56. Dominiczak A, Delles C, Padmanabhan S. Genomics and Precision Medicine for Clinicians and Scientists in Hypertension. *Hypertension* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 4]; 69 (4): e10-3. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08252



57. in PPGL Study Group NGS, Toledo RA, Burnichon N, Cascon A, Benn DE, Bayley JP, et al. Consensus Statement on next-generation-sequencingbased diagnostic testing of hereditary pheochromocytomas and paragangliomas. Nat Rev Endocrinol. 2017 [citado 2021 Jan 5]; 13: 233–247. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27857127/>
58. Chumo Yanayaco GT. Nivel de conocimientos sobre Hipertensión Arterial en usuarios de 20-39 años que acuden a consulta externa del Hospital apoyo II Santa Rosa Setiembre-Diciembre 2018 [Tesis]. Piura: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25785>
59. Leiva Espinoza JD. Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del hospital Carlos Lanfranco la Hoz Puente Piedra- Lima- Perú 2017 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/3755>
60. Saldaña Espinola JA. Efecto De Un Programa Educativo Sobre Estilos De Vida Y Presión Arterial En El Adulto Mayor Con Hipertensión Arterial Del Centro De Salud Liberación Social, Trujillo, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25508>
61. Javier Ninahuamán IR, Santos Taipe MA. Efectividad del programa “Cuida tu corazón” en el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso del Hospital Félix Mayorca Soto– Tarma, 2012 [Tesis]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2017 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1019>



ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Grupo de edad en el que se encuentra

- ☐ 60-64
- ☐ 65-69
- ☐ 70-74
- ☐ 75 y más

2. Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

3. Color de la piel

- ☐ Blanca
- ☐ Negra

4. Nivel de escolaridad

- ☐ Primaria sin terminar
- ☐ Primaria terminada
- ☐ Secundaria Básica
- ☐ Preuniversitaria
- ☐ Técnico Medio
- ☐ Universitario

5. Hábito de fumar

- ☐ Si
- ☐ No



Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio #
6. Rodas. 2019-2021.



6. Ingestión de café

- ☐ Diariamente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Nunca

7. Nivel de actividad física

- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Ninguna

8. Consumo de sal

- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Sin sal

9. Antecedentes familiares de hipertensión arterial

- ☐ Si
- ☐ No



ANEXO II: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR

Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio #
6. Rodas. 2019-2021.



ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente modelo de consentimiento informado, forma parte del proyecto de investigación: “Prevalencia de Hipertensión Arterial en pacientes mayores de 60 años, Consultorio No. 6, Policlínico Docente Raúl Suárez Martínez, Rodas, 2019”, que se realizará por la Dra. Adriana González de la Paz.

Atendiendo a que los problemas de hipertensión arterial son de tal magnitud, que traen consecuencias desfavorables tanto a nivel individual, familiar, social y psicológico en aquellos que la padecen, se decidió realizar un estudio sobre esta temática con el propósito de determinar la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes mayores de 60 años, en el consultorio No. 6, de esta área de salud.

Por tanto, a través de este modelo, conociendo las características de la presente investigación, previamente explicadas, usted expresará su consentimiento de participación en la misma:

Yo _____ ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad, expreso por este medio, mi consentimiento para responder los instrumentos del estudio. He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no será divulgada, ni publicada mi identidad, ni los detalles personales. Además, estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo médico, por lo que tendré derecho a continuar recibiendo la atención médica establecida, aún si me niego a participar en el estudio.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes _____ de 20_____



_____ Firma

Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio #
6. Rodas. 2019-2021.



ANEXO IV: CUESTIONARIO

Buenos días soy alumna que se encuentra estudiando actualmente la carrera de enfermería, estoy realizando un proyecto de investigación titulado "INTERVENCIÓN EDUCATIVA ACERCA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. CONSULTORIO # 6. RODAS. 2019-2021"

Nombres y apellidos:

INSTUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y marque con (x) la opción (A, B, C o D) la respuesta que usted crea conveniente.

Conceptos de la Hipertensión Arterial

1) ¿Qué es la presión alta?

- a) Es una enfermedad que afecta al sistema nervioso
- b) Es una enfermedad que afecta al estomago
- c) Es una enfermedad que afecta al corazón
- d) Es una enfermedad causada por un virus

2) ¿A partir de qué valor considera usted presión alta

- a) 220/40
- b) Más de 140/90
- c) 170/50
- d) 50/40

3) La presión alta se caracteriza por:

- a) El aumento del oxigeno
- b) La disminución de la respiración
- c) No presentar síntomas
- d) todos



4) ¿Por cuánto tiempo cree usted que tendrá la presión alta?

- a) Por 3 meses
- b) Por 6 meses
- c) Por 1 año
- d) Por siempre

Tratamiento no farmacológico

5) ¿Los alimentos que contienen mucha sal y pueden aumentar la presión arterial son:

- a) Papas fritas y pescado seco
- b) Olluco y zanahoria
- c) Naranja y manzana
- d) Pan y arroz

6) ¿Cuántos grupos de la alimentación saludable conoce?

- a) 1
- b) 2
- c) 4
- d) 8

7) ¿Cuántos gramos de sal máximo debe consumir por día?

- a) 5 gramos
- b) 10 gramos
- c) 20 gramos
- d) ½ gramo

8) ¿Con que frecuencia debe controlar su peso?



- a) Todos los días
- b) 3 veces por semana
- c) Una vez al mes
- d) Una vez al año

9) Para tener una presión arterial saludable debo de evitar:

- a) Comer frutas
- b) Correr
- c) Comer limones
- d) Consumir alcohol

10) La presión arterial aumenta cuando:

- a) Consumo cigarrillos
- b) Consumo sal en exceso
- c) Consumo alcohol
- d) Todos

11) ¿Con que frecuencia debe realizar caminatas para mejorar su presión arterial?

- a) 1 vez a la semana
- b) Diario
- c) 1 vez al mes
- d) No debe realizarse

12) ¿Cuánto tiempo debe durar las caminatas diarias?

- a) 2 horas
- b) 30 minutos
- c) 5 minutos



d) 1 hora

13) ¿El tratamiento no farmacológico para la presión arterial está dado por:

- a) Realizar ejercicios diarios
- b) Hábitos alimenticios
- c) Modificaciones del estilo de vida
- d) Consumir frutos secos

Tratamiento farmacológico

14) ¿El tratamiento farmacológico para la presión alta sirve para:

- a) Controlar la presión arterial
- b) Controlar la dieta
- c) Controlar la grasa
- d) Controlar el cerebro

15) Los medicamentos contra la presión alta sirven para:

- a) Subir la presión arterial
- b) Bajar la presión arterial
- c) La fiebre
- d) La tos

16) ¿Por cuánto tiempo cree usted que deberá tomar sus medicinas para el control de la presión arterial?

- a) Hasta cuando la presión este controlada
- b) por 3 años
- c) por 5 años
- d) para toda la vida



17) ¿Cada que tiempo cree usted que debe ir a la consulta médica?

- a) Solo cuando comienzo a sentir algún malestar
- b) Cuando necesite más medicinas
- c) Cada vez que me toca un control médico a pesar de sentirme bien
- d) Cuando las medicinas caseras no me hacen efecto

18) Los medicamentos para la presión alta se deben tomar:

- a) Antes del desayuno
- b) Después del desayuno
- c) En la madrugada
- d) Tomar con leche

19) El tratamiento farmacológico para la presión arterial se da cuando:

- a) No hay un control del tratamiento no farmacológico
- b) Hay una disminución del pulso
- c) Hay un aumento de la glucosa
- d) Hay un aumento de orina

20) ¿Qué debe hacer usted cuando no baja su presión arterial?

- a) Aumenta la dosis
- b) Se dirige al medico
- c) Toma otro medicamento
- d) No hace nada



ANEXO V: PROGRAMA EDUCATIVO “CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

I. DATOS GENERALES

- ✓ Tema: Conocimiento de la hipertensión arterial
- ✓ Grupo al que va dirigido: Adultos Mayores con hipertensión
- ✓ Lugar de ejecución: CIAM Santa Anita
- ✓ Fecha de ejecución: 17 de noviembre
- ✓ Hora: 10:00 am.
- ✓ Duración: 1 hora y media
- ✓ Responsable: Dra. Adriana González De la Paz

II. OBJETIVO:

Los adultos mayores aumenten los conocimientos sobre la hipertensión arterial

III. OBJETOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Mejorar el nivel de conocimiento sobre los conceptos de la hipertensión arterial
- ✓ Mejorar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico
- ✓ Mejorar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico

IV. MATERIALES:

- ✓ Tríptico

Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio #
6. Rodas. 2019-2021.



- ✓ Gigantografía
- ✓ videos

MOTIVACION	OBJETIVO	CONTENIDO	METODOLOGÍA
Realizar un baile acerca de la hipertensión	Captar la atención del publico	Se realiza el baile teniendo en cuenta el tiempo, el baile llevara el titulo de” yo cuido mi corazón”	Utilización de ropa colorida y narices rojas de claum Examen pre-test
SESION I (conceptos)	Explorar los conocimientos de la hipertensión arterial en el adulto mayor del distrito Santa Anita (definición, tratamiento no farmacológico el tratamiento farmacológico	DEFINICION La hipertensión arterial es aquella patologia considerada como el aumento de la presión arterial es la fuerza que ejerce con mayor presión hacia las arterias impulsadas por el corazón se considera hipertensión más de 140/90 también es conocida como la enfermedad silenciosa que agrava la salud de la persona lentamente sin hacer presencia alguna, es caracterizada por no presentar síntomas (asintomático) DIETA	Utilización de una gigantografía Donde este plasmado los subtemas tema a tratar  

Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio # 6. Rodas. 2019-2021.



Sesión II Tratamiento no farmacológico	Explicar el tipo de dieta al paciente hipertenso	Es importante que todo paciente diagnosticado con hipertensión lleve una dieta balanceada es por ello que la dieta en un paciente con esta patología es conocida como DASH que significa dieta ligera que está dirigido para controlar la hipertensión y esta consiste en lo siguiente: Basada en la disminución de la sal en las comidas, poco aporte de sodio es por ello que no se recomienda pescados secos, jamones, ensaladas de papa entre otros ya que tienen alta concentración en sodio, el consumo de aves tienen menos cantidades de sal, es por ello que en la dieta DASH el aporte de sodio es menos de 1500mgr al día. También consumir más frutos secos como lo son las pasas, maníes, pecanas ya que son más naturales. Los lácteos sin grasa son mucho mejor y evitar consumir grasas que alteran las arterias. La dieta DASH es rica en magnesio que es un potente vasodilatador, calcio y potasio, así como proteínas y fibras. COMPOSICION DE LA DIETA DASH	
--	---	---	--



		La dieta DASH está compuesto por 8 grupos de alimentación saludable de los cuales el primer grupo está compuesto por los cereales, el segundo grupo compuesto por los vegetales, el tercer grupo por las frutas, el cuarto grupo por leche descremada y productos lácteos, el quinto grupo por carnes magras, aves y pescados, el sexto grupo por frutos secos y semillas, el penúltimo que es el séptimo grupo conformado por grasas y aceites y el último grupo 8 conformado por dulces, azúcares y agregados. CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS El consumo de frutas y verduras ayudara a controlar la hipertensión arterial entre ellas tenemos: Piña, melocotones, ciruelas, plátanos, uvas, naranjas, fresas. Y entre las verduras: Espinacas, coliflores, alcachofas, tomates, zanahorias, brócolis, acelga y ajos. Reducción del peso El sobrepeso / obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de	Lluvia de ideas (se realizará con una pelota y música)  Elaboración de un maqueta acerca de la pirámide de alimentación para la hipertensión (sesión demostrativa)
--	--	--	---



		grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia. Reducción del consumo de alcohol No exceder de 20-30 g/día de etanol los varones y 10-20 g/día las mujeres. El consumo semanal de alcohol no debe exceder los 140 g en los varones y 80 g en las mujeres más de una onza o dos por día se encuentra asociado al incremento de la presión arterial como también se encuentra demostrado que la ingesta de esta sustancia hace un aguante a la terapéutica antihipertensiva es por ello que se recomienda como medida preventiva no exceso en el consumo de bebidas alcohólicas. Tabaquismo Las personas que fuman padecen de alteraciones en los vasos sanguíneos, puesto que también aumentan los valores de la presión arterial. Es por ello que se debe realizar la cesación de este asesino para mejorar la hipertensión arterial y evitar complicaciones mucho más riesgosas.	
--	--	--	--



		ACTIVIDAD FISICA Comenzar con metas pequeñas y a corto plazo. Si no ha estado activo durante mucho tiempo, comience por una caminata de 15 minutos, tres veces por semana o intente salir a caminar tres veces al día por 10 minutos. En las siguientes Semanas se puede aumentar la duración de la caminata a 20-30 minutos. La caminata se debe comenzar con un precalentamiento, realizar unos ejercicios de estiramiento, de miembros inferiores y superiores, sostener cada estiramiento durante 10 a 20 segundos, se puede sentir un tirón en el área que se está estirando, pero no se debe sentir ningún dolor, respirar normalmente durante el estiramiento; luego comenzar la caminata con paso normal, aumentar el ritmo en medio de la caminata e irlo bajando hasta normalizarlo de nuevo,	Maqueta de un pulmón contaminado por el uso del cigarrillo  
--	--	--	---



		al final de la caminata, realizar de nuevo los ejercicios de estiramiento. Se debe caminar lo suficientemente rápido como para elevar la frecuencia cardíaca y la Respiración. Cuando la caminata hace que aumente la frecuencia cardíaca y obliga a respirar más fuerte, significa que está ayudando a que el corazón se fortalezca. Sin embargo, no se debe Caminar tan rápido que impida hablar. IMPORTANCIA DE LOS MEDICAMENTOS Los fármacos que son empleados para tratar la hipertensión cumpliendo un papel importante para ayudar a manejar la hipertensión y de esta manera evitar complicaciones por no cumplir con el tratamiento. USO DE LOS MEDICAMENTOS	Se realizara la práctica de las caminatas. 
--	--	--	---



	Conocer que actividades realizar	✓ Realizar una lista de todos los medicamentos indicado por el médico para el tratamiento de la hipertensión arterial. ✓ Informar al médico los efectos adversos que pueda ocasionar los fármacos. ✓ Solicitar cualquier duda que sea por escrito. ✓ Organizar sus medicamentos por nombres, colores y hora de administración. ✓ Revisar periódicamente los fármacos y descartar los vencidos. ✓ Es posible poder cambiar el medicamento costoso por uno genérico siempre en cuando el medico lo prescriba. ✓ No auto medicarse si en caso no le haga efecto los fármacos. CARACTERÍSTICAS DEL FÁRMACO: ✓ El fármaco a utilizar no debe disminuir el flujo sanguíneo del corazón, cerebro y riñón. ✓ Es importante que no produzca bradicardia ✓ Que no produzca desniveles en el sodio y potasio ✓ Que no ocasione incontinencia urinaria	
--	----------------------------------	---	---

Sesión III Tratamiento farmacológico		✓ Que propicie antioxidantes los fármacos ✓ Que pueda administrarse en mono dosis y mini dosis	Elaboración del post test Entrega de frutas y recuerdos relacionados con la hipertensión arterial
---	--	---	--

Intervención educativa acerca de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos. Consultorio # 6. Rodas. 2019-2021.

