

UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Título: Intervención educativa para modificar el estilo de vida en pacientes hipertensos del consultorio médico popular zona 7 Principal.

“Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral”

**Autora: Dra. Marielys Moreno Pimentel.
Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico
Docente Majagua.**

**Tutor: Dra. Darelys Laritza Tamayo Sánchez.
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.**


2015

UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Título: Intervención educativa para modificar el estilo de vida en pacientes hipertensos del consultorio médico popular zona 7 Principal.

Autora: Dra. Marielys Moreno Pimentel.

2015

A photograph showing a female healthcare professional on the left, wearing blue scrubs and a stethoscope, smiling and looking towards a male patient on the right. The patient is also wearing a blue shirt and is seen in profile. The background is plain white.

Título: Intervención educativa para modificar el estilo de vida en pacientes hipertensos en consultorio médico popular zona 7 principal.

PENSAMIENTO:

“El médico vive para los otros y no para sí... es para el enfermo un ángel consolador, le restituye la esperanza cuando esta le abandona, le restablece la salud y le prolonga la existencia”

“HIPOCRATES”

DEDICATORIA:

A mi hija

A mis padres por estar siempre presente.

A mis amigos.

AGRADECIMIENTOS:

A la Revolución Cubana y a todos los que con su sabiduría me han formado.

Gracias.

RESUMEN

La Hipertensión Arterial es una enfermedad multifactorial donde el estilo de vida del paciente juega un papel fundamental en cuanto a su control y tratamiento. Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención para modificar el estilo de vida en pacientes hipertensos del CMP zona 7 principal del municipio Sucre estado Miranda.

El universo de estudio fue la población mayor de 20 años con un total de 230 personas y la muestra estuvo constituida por 60 pacientes hipertensos, escogidos de una forma simple aleatoria, realizándose entre los meses de octubre de 2013 a abril de 2014 para evaluar la eficacia de una intervención educativa que permita el control de la hipertensión mediante la modificación del estilo de vida.

Se estudiaron como variables la edad, sexo, escolaridad, índice de masa corporal, tabaquismo, ejercicio físico y control de la tensión arterial, consumo de alcohol y ingestión de grasas y sal. Al concluir la intervención se comprobó que predominaron los pacientes del sexo masculino y las edades de 35- 49 años así como la baja escolaridad, un alto consumo de alcohol, una ingestión inadecuada de grasas y sal, además que el número de pacientes con cifras de TA controladas que inicialmente representaba el 30.0%, se elevó al 80.0%, mostrando así la eficacia de la metodología y del estudio en general. Como conclusiones pudimos demostrar que es posible modificar los estilos de vida y que esto contribuye al control de las cifras de TA a través de trabajos de intervención educativa.

INDICE

CONTENIDO.	Páginas.
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
MATERIALES Y METODO.....	17
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	28
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico. Tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, encontrándose datos sobre ella desde las civilizaciones más antiguas, por ejemplo, en el siglo- VI antes de Cristo [Sushruta](#) menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión¹. En esa época se trataba la «enfermedad del pulso duro» mediante la reducción de la cantidad de sangre por el corte de las venas o la aplicación de [sanguijuelas](#). Personalidades reconocidas como el [Emperador Amarillo](#) (en China), [Cornelio Celso](#), [Galeno](#) e [Hipócrates](#) abogaron por tales tratamientos².

La Hipertensión Arterial es la afección crónica más frecuente en la población adulta en el planeta; se comporta como factor de riesgo para padecer las enfermedades que se encuentran entre las más importantes causas de muerte en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, como son la Cardiopatía Isquémica, los Accidentes Cerebro Vasculares, la Insuficiencia Cardíaca y la Enfermedad Renal Crónica³. Debido a su alta prevalencia, constituye un problema de salud, pues se considera que entre 15 y 30 % de la población mundial la padece, y sus complicaciones son la primera causa de muerte en la mayoría de los países⁴.

En el XXXVI Congreso Argentino de Cardiología, FAC-2007, se señala que en el mundo se producen 5,1 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares y que de ellas 62 % están vinculadas al control subóptimo de la presión arterial (PA) y en ese conclave se dio en llamar la HTA "una pandemia sin control"⁵⁻⁷. En muchos países es la razón más frecuente de consulta médica y la indicación principal del uso de fármacos, la frecuencia de la HTA varía en diversas partes del mundo pero en general se acepta que aproximadamente un 20 % de la población adulta la padece aunque con variaciones en algunas regiones según factores heredo constitucionales, características étnicas y hábitos dietéticos.^{2,3}

Hoy en día se conoce que el 95 % de los pacientes con esta enfermedad no tienen causas conocidas y se les clasifica como esenciales o primarias. Varias condiciones como la Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Renovascular, Coartación Aórtica,

Aldosteronismo Primario, Síndrome de Cushing, Feocromocitoma y consumo de anticonceptivos han sido demostrados como causas secundarias de hipertensión.^{3,4}

La prevalencia de HTA en los Estados Unidos es un 50 % mayor en los individuos de raza negra que en los individuos de raza blanca. En los individuos de raza negra la hipertensión aparece antes, es generalmente más grave, y resulta en altas tasas de morbilidad (padecimiento de enfermedad) y mortalidad por infarto, fallo cardíaco, Hipertrofia del Ventrículo izquierdo, e Insuficiencia Renal terminal.^{5, 6}

La HTA es considerada además como un factor de riesgo mayor, la prevalencia de dicha enfermedad ha estado en aumento asociado a patrones alimentarios inadecuado, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos, por lo cual no resulta fácil establecer en fase temprana de la afección el pronóstico y la evolución de dicha patología, aunque la terapéutica hipotensora ha cambiado de manera considerable su pronóstico.^{7, 8}

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), la Asociación Internacional de Hipertensos y otros equipos de expertos insisten en la necesidad de intensificar Métodos y estrategias para modificar el estilo de vida pues cada vez es más evidente que para tener cierta efectividad en el tratamiento de la HTA, el paciente debe asumir su responsabilidad y su participación decidida para modificar hábitos hacia conductas más saludables .⁹

En sociología, el estilo de vida es la manera en que vive una persona e incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir; refleja las actitudes, los valores y la visión del mundo de un individuo. Como categoría psicológica describe el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico, siendo expresión de los mecanismos internos de regulación de personalidad, por tratarse de las conductas que adoptan los hombres en su vida diaria ⁹. Como categoría epidemiológica es el conjunto de comportamientos o hábitos de riesgo que en un momento determinado ponen en peligro la salud así como las conductas protectoras que previenen o mitigan las enfermedades y sus secuelas. Está condicionado por los procesos cognitivos y volitivos expresados a través de la conciencia social revelando valores y formas de representar la realidad en salud y la

actitud ante los problemas. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido en el factor huésped.^{9,10}

Los estilos de vida no son atributos intercambiables y manipulables, sino cualidades ancladas en las entrañas que resistirán en mayor o menor grado cualquier tentativa de modificación. El médico que se precie de serlo, aspira a mejorar las condiciones de salud de la población que atiende.⁹

Las modificaciones estarían encaminadas a la reducción del peso corporal y el incremento de la actividad física que son las más eficaces de todas las medidas no farmacológicas, ya que reducen el riesgo cardiovascular y tiende a mejorar la imagen personal y su sentido de bienestar. Restricción dietética de sodio, aumentando el consumo de frutas y vegetales, con disminución total de la grasa animal, supresión del tabaquismo así como de la ingestión de alcohol , el cual tiene efectos beneficiosos secundarios como disminución de la ansiedad y aumento de la sensación de bienestar del paciente.^{3,4,11,12}

La prevención de la HTA es la medida terapéutica más importante, universal y menos costosa. Si no se trata 50 % de los pacientes fallece de Cardiopatía Isquémica, el 33 % de Apoplejía y del 10 al 15% de Insuficiencia Renal.

La mayor parte de los venezolanos tienen una herencia silente en el cuerpo. Una de cada tres personas nacidas padece de Hipertensión Arterial Crónica, según el Nacional en su artículo del 6 de abril del 2013, en su columna de salud y bienestar.

El perfeccionamiento de la prevención y control de la PA es un desafío que debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

Las acciones educativas en salud son una alternativa muy importante por su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes del hombre en relación con la salud y la enfermedad, por esto debe promover el desarrollo de recursos humanos y traducir las necesidades sociales en objetivos educativos y desarrollar métodos y técnicas que induzcan a la participación individual y colectiva, romper así con los conceptos y las acciones aisladas para integrar en el problema todos los aspectos que inciden en la salud del hombre .⁴

Es necesario realizar promoción de salud y brindarle a la población una adecuada educación pero está en relación con el control de los factores de riesgo. Debe tenerse

en cuenta que el hipertenso es portador de una enfermedad crónica, lo que obliga a restricciones y modificaciones en su estilo de vida. Estos cambios siempre son beneficiosos y han demostrado ser efectivos para disminuir las cifras tensionales.¹³

La educación del hipertenso constituye uno de los pilares fundamentales del tratamiento. El hipertenso está atado toda su vida a una serie de limitaciones dependientes de su tratamiento, es por ello que si está bien educado es capaz de desarrollar su capacidad de auto controlarse, sus conocimientos le permiten resolver una serie de situaciones por sí mismo como: hábitos, reajustes en la dieta, actividad física, medicación antihipertensiva, entre otros. Su educación comienza en el momento del diagnóstico y debe mantenerse y reforzarse durante toda la vida.¹⁴

La prevalencia de la HTA a nivel mundial varía, las más altas se encuentran fundamentalmente en los países del primer mundo, donde estas van desde un 26 % en países como Canadá hasta un 55 % en Alemania. En España su prevalencia en adultos es de aproximadamente un 35 %, llegando al 40 % en edades medias y al 68 % en mayores de 60 años, por lo que afecta a unos 10 millones de personas adultas⁸. En Cuba, esta enfermedad tiene una elevada prevalencia que fluctúa entre 20 y 32 % en personas mayores de 15 años de edad, es decir, alrededor de 2 millones de afectados; no obstante, el informe del Ministerio de Salud Pública sobre la dispensarización de las personas hipertensas mostró que solo 8,6 de la población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de los de la prevalencia demostrada. En América Latina aunque la prevalencia es ligeramente inferior no se puede ignorar, en Venezuela se registra en un 34 %, en el estado Miranda en un 30 %. En el municipio Sucre todavía no hemos realizado suficientes estudios de intervención educativa, que nos permitan lograr una verdadera educación en salud con respecto a cambios de estilos de vida, por diferentes factores de índole subjetivos y objetivos.¹

Esto nos permitió plantear el siguiente problema de investigación:

Elevada incidencia de pacientes hipertensos no controlados debido a sus inadecuados estilos de vida.

Por esta razón nos dimos a la tarea de elaborar una estrategia de intervención encaminada a modificar el estilo de vida de los pacientes hipertensos de nuestra localidad; para lo cual nos planteamos la siguiente hipótesis:

¿Influirá la modificación del estilo de vida en el control de los pacientes hipertensos utilizando técnicas de intervención educativa en el CMP zona 7 Principal?

OBJETIVOS

GENERALES:

Evaluar la utilidad de la intervención educativa para el control de los pacientes hipertensos a través de la modificación de su estilo de vida del consultorio médico popular zona 7 Principal durante el período de octubre 2013 a abril del 2014.

ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a variables socio demográficas.
2. Diseñar, validar y aplicar una intervención educativa para contribuir a la modificación del estilo de vida de los pacientes hipertensos.
3. Evaluar la efectividad de la intervención educativa.

MARCO TEÓRICO

Se define como Hipertensión Arterial a la elevación persistente de la presión arterial o superiores a 140 y 90 mmhg respectivamente; en una persona con edad igual o mayor de 18 años. ² La definición de estos límites se establece por convenio y se basa en un criterio de riesgo poblacional. ³ Es una enfermedad multifactorial, progresiva, poco llamativa en los estadios iniciales y constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Su presencia se asocia Diabetes, Proteinuria, Dislipidemia, Enfermedad Cerebro Vascular; Muerte Cardíacas Súbita; Enfermedad Coronaria, Aneurisma Aórtico Abdominal y Enfermedad Crónica Renal. La comprensión moderna de la hipertensión se inició con el trabajo del médico [William Harvey](#) (1578-1657), quien en su libro de texto De Motu Cordis fue el primero en describir correctamente la circulación sanguínea sistémica bombeada alrededor del cuerpo por el [corazón](#). En [1733](#), [Stephen Hales](#) realizó la primera medición de la [presión arterial](#) registrada en la historia. Hales también describió la importancia del volumen sanguíneo en la regulación de la presión arterial. La contribución de las arteriolas periféricas en el mantenimiento de la presión arterial,

definida como tono, fue hecha por primera vez por Lowell en [1669](#) y posteriormente por Sénac en [1783](#). El papel de los nervios vasomotores en la regulación de la presión arterial fue observada por investigadores como [Claude Bernard](#) (1813-1878), [Charles-Édouard Brown-Séquard](#) (1817-1894) y [Augustus Waller](#)(1856-1922). El fisiólogo británico [William Bayliss](#) (1860-1924) profundizó este concepto en una [monografía](#) publicada en [1923](#). En 1808, [Thomas Young](#) realizó una descripción inicial de la hipertensión como enfermedad.² En 1836, el médico [Richard Bright](#) observó cambios producidos por la hipertensión sobre el sistema cardiovascular en pacientes con [Enfermedad Renal Crónica](#). La presión arterial elevada por primera vez en un paciente sin enfermedad renal fue reportada por [Frederick Mohamed](#) (1849-1884). No fue hasta 1904 que la restricción de sodio fue defendida mientras que una dieta de arroz se popularizó alrededor de 1940.¹¹ Cannon y Rosenblueth desarrollaron el concepto de control humoral de la presión arterial e investigaron los efectos farmacológicos de la adrenalina. Tres colaboradores que permitieron abanar el conocimiento de los mecanismos humorales de control de presión arterial son T. R. Elliott, Sir Henry Dale y Otto Loewi.¹³

En 1868, George Johnson postuló que la causa de la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) en la enfermedad descrita por Bright fue la presencia de hipertrofia muscular en las arterias más pequeñas por todo el cuerpo. Nuevos estudios patológicos clínicos por sir William Gull y HG Sutton (1872) dieron lugar a una descripción más detallada de los cambios cardiovasculares producidos en la hipertensión. Frederick Mahomed fue uno de los primeros médicos en incorporar sistemáticamente la medición de la presión arterial como parte de una evaluación clínica.¹⁴

El reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt. Observaciones por Janeway y Walhard llevaron a demostrar el daño de un órgano blanco, el cual calificó a la hipertensión como el «asesino silencioso». Los conceptos de la renina, la angiotensina y aldosterona fueron demostrados por varios investigadores a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Nikolái Korotkov inventó la técnica de la auscultación para la medición de la presión arterial. Los nombres Irvine H. Page, Donald D. Van Slyke, Harry Goldblatt, John Laragh y Jeremy B. Tuttle son prominentes en la literatura sobre la hipertensión, y su trabajo mejora la actual comprensión de las bases bioquímicas de la hipertensión

esencial. Cushman y Ondetti desarrollaron una forma oral de un inhibidor de una enzima convertidora a partir de péptidos de veneno de serpiente y se les acredita con la síntesis exitosa del antihipertensivo captopril.^{15, 16,17}

Kumar define la Hipertensión Arterial como una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmhg o una presión diastólica (PD) sostenida mayor de 89 mmhg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.¹

Según Goldstein y Bushnell la presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmhg). Uno o ambos de estos números pueden estar demasiado altos. El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior presión arterial diastólica. La presión arterial normal es cuando mide menos de 120/80 mmhg la mayoría de las veces. La presión arterial alta es cuando la presión arterial es de 140/90 mmhg o por encima la mayoría de las veces.

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad.¹ La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la Hipertensión Arterial. La presente revisión se enfoca a los factores de riesgo tradicionales, modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente.¹⁸ La prevención primaria es una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo. Es la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión. Para tener éxito se tiene que educar al paciente y es la enseñanza de los

factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la Hipertensión Arterial y en algunos de los casos es el único tratamiento que se requiere. Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados .^{19, 20,21}

Modificación al estilo de vida recomendados en la prevención y tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Control de peso

En caso de obesidad se tiene que favorecer una educación para el control de peso. Disminuir el consumo de sodio a menos de 100 mmol/día (6 g de NaCl). Practicar en forma regular el ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día la mayor parte de la semana. Suspender el uso del tabaco. Reducir la ingesta de grasa poli insaturada y de alimentos ricos en colesterol. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal se traducirá en una disminución de la presión arterial de 1.6 a 1.3 mm Hg en número considerable de pacientes.²²

Alcohol

El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).²²

Actividad física

El efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los baro receptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial.²³

Ingesta de sodio

El mecanismo por el cual la restricción de sodio disminuye la presión arterial parece estar asociado a una reducción moderada en la cantidad de catecolaminas circulantes. El consumo de sodio por día recomendado en una dieta normal debe ser de 100

mmol/día, lo que equivale a dos gramos de sodio o seis gramos de sal de mesa. Los principales condimentos ricos en sodio son: Sal de ajo y cebolla, ablandadores de carne, consomé en polvo, polvo para hornear, salsa de soya, cátsup, salsa inglesa, aderezos ya preparados, otros como alimentos embutidos, productos de salchichería y enlatados.²⁴

Ingesta de potasio

El mecanismo antihipertensivo propuesto en la ingesta de potasio, incluye un aumento en la natriuresis así como un efecto vasodilatador, al aumentar la actividad de la bomba Na⁺/K⁺ - ATPasa.

Los suplementos orales de potasio sólo deben dar-se a los pacientes que cursan con hipocalcemia secundaria al tratamiento con diuréticos.²⁴

Tabaquismo

El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la Hipertensión Arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.²⁵

Consumo de cafeína

La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo.²⁶

Cambios en la dieta

Comer demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol.²⁷

Estilos de vida

El doctor Morales Calatayud, entiende por estilos de vida al conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad Walkers y otros investigadores en promoción de salud del programa de la Universidad del Norte de Illinois, definieron en 1987 algunas clases de comportamientos que conforman un estilo

de vida promotor de la salud, y han construido un instrumento consecuente para evaluarlos en la población. Entre los estilos de vida tenemos los comportamientos de auto actualización, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés. El autocontrol del comportamiento constituye la más importante herramienta de la que puede disponer un individuo para realizar cambios en su estilo de vida; y dado que el estilo de vida está determinado por las condiciones de vida, un elemento importante en esta investigación es la identificación de los factores de riesgo.²⁸ Los conceptos de modo y estilos de vida comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y por lo tanto, de los determinantes de la salud. Estos conceptos han contribuido a la mejor comprensión y operacionalización de los elementos no biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad y que son parte integrante de la medicina social característica de nuestro siglo.²⁹

El camino generalizado para arribar a estos nuevos conocimientos en medicina se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con desarrollo socioeconómico avanzado, donde las muertes y enfermedades se asocian cada vez menos con enfermedades infecciosas y se comienza a prestar atención a aquellos elementos que inciden en estas muertes y enfermedades, a saber: inadecuación del sistema de cuidados de la salud existente, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos.²⁹

De esta forma, se comenzó a concebir que la determinación de la salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico, en que los factores enunciados interactúan no solo para deteriorar la salud, sino también para incrementarla y preservarla.³⁰

Para caracterizar el modo de vida como determinante de salud se han utilizado múltiples criterios, en los que la epidemiología y las ciencias sociales han hecho grandes aportes, al establecer relaciones entre las condiciones materiales y la forma en que los grandes grupos sociales se organizan y se realizan productivamente en esas condiciones. Por ejemplo: servicios de salud y su utilización, instituciones educacionales y nivel educacional de la población, tipos de vivienda, condiciones o hacinamiento, abasto de agua e higiene ambiental, etc.

Esta categoría resulta pues, imprescindible en la comprensión no solo del estado de salud de una población, sino además en la confección de políticas sanitarias y estrategias de promoción de salud, ya que su campo abarca los grandes grupos sociales en su conjunto.³¹

El modo de vida refleja la médula de la formación económico-social, desde el punto de vista del sujeto del progreso histórico, de la actividad humana, ya sea productiva, de consumo, sociopolítica, cultural y familiar. En este sentido, el modo de vida refleja lo social en lo individual enriquece infinitamente la vida de los hombres, saturándola de un contenido creador.

El modo de vida socialista se caracteriza por el optimismo social, que emana de la firme confianza del hombre en su futuro, al garantizar el crecimiento constante del bienestar popular; además, garantiza a los trabajadores amplios derechos sociales, entre estos, el derecho al trabajo y a la instrucción. Presupone además la gran actividad social de los miembros de la sociedad, su conciencia de la responsabilidad por el colectivo y por la sociedad en su conjunto.

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio, que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.^{32, 33}

Repercusión del modo y estilo de vida en el proceso salud-enfermedad

El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico.³⁴

El modo de vida ha sido afectado de diferentes formas según la problemática de cada sociedad, pero en casi todas ha repercutido sobre la salud. En las grandes ciudades desarrolladas son comunes algunos problemas: la violencia, la pornografía, las drogas o el alcoholismo, los cuales afectan el modo de vida y repercuten sobre la salud, a la vez que favorecen un alto nivel de estrés y de enfermedades crónicas degenerativas. En los países subdesarrollados se manifiestan otros problemas, tales como los efectos del endeudamiento, el desempleo, el aniquilamiento de la escasa seguridad social, la reducción de los presupuestos para la educación y la salud, un retraso educacional, la malnutrición, la falta de higiene, las enfermedades profesionales por falta de protección al obrero, el incremento de la mortalidad infantil y una baja esperanza de vida.

Estos fenómenos han transformado el modo de vida de muchas naciones con independencia de los deseos y necesidades de sus pueblos. El modo de vida de una comunidad rural en un país subdesarrollado, condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades parasitarias e infectocontagiosas, pues las actividades del modo de vida, la pobreza, la malnutrición y la escasez de cuidados médicos, acercan y exponen a dicha comunidad a los agentes biológicos y la hacen más vulnerable.^{35,36}

El mismo mecanismo de determinación de la enfermedad, pero mediante actividades y contenidos diferentes, se puede observar en una ciudad populosa de un país con alto desarrollo, donde el modo de vida también condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades no transmisibles, pues el estrés, la vida contra reloj, el sedentarismo, la contaminación, la inseguridad y otros males, inciden sobre las personas, alteran su regulación psiconeuroinmunológica y facilitan alteraciones funcionales que tienden a degenerar y a transformarse en crónicas (enfermedades crónico-degenerativas).

Hay evidencias que permiten señalar que diversas entidades nosológicas están relacionadas con el estrés de origen social. Una de ellas es la Hipertensión Arterial llamada esencial.³⁶

Promoción de salud

El estudio del modo y el estilo de vida tiene una gran utilidad para el médico, precisamente lo vincula con las acciones médicas que constituyen su trabajo

profesional cotidiano, como el diagnóstico, el tratamiento, la promoción y otros. Por otra parte, el desarrollo cultural de la población es un componente imprescindible en el trabajo de promoción de salud, pues constituye la posibilidad de valorar bien lo que se trata de enseñar.³⁷

La promoción de salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Es un concepto positivo e integral que no se preocupa por una enfermedad específica, sino por ganar en salud independientemente de que se esté sano.

1. De acuerdo con lo anterior, se afirma que la promoción de salud interviene en la dimensión social de los determinantes de salud de la población y que es una categoría integradora, esencialmente intersectorial y de participación social, por lo que rebasa las fronteras del sector de salud y va mucho más allá de la competencia exclusiva del accionar médico. HSD/Silos-7. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social. OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS; 2000.³¹
2. Aspectos como los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica, han sido identificados como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención educativa, con los pacientes hipertensos dispensarizados en el CMP zona 7 Principal, perteneciente a la CDI Palo Verde municipio Sucre estado Miranda, durante el período de octubre 2013 a abril 2014, con el objetivo de evaluar la utilidad de la modificación del estilo de vida en el control de la tensión arterial de estos pacientes.

El universo de estudio estuvo constituido por 230 pacientes con HTA dispensarizados en el CMF zona 7 Principal de los cuales se tomó una muestra de 60 pacientes hipertensos, seleccionados por muestreo simple aleatorio dentro del universo de estudio y que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes adultos de ambos sexos residentes permanentes del área perteneciente al CMF zona 7 principal.

2. Que brinden su consentimiento por escrito para su inclusión en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Evidencia de lesión severa en algún órgano diana.
2. Complicaciones graves diagnosticadas y reflejadas en la historia clínica.
3. Postrados o discapacitados.
4. HTA secundaria.
5. Mujeres embarazadas.
- 6-Pacientes con intención de donar sangre en el transcurso del estudio.

Criterios de retirada

1. Pacientes que decidieron retirarse del estudio por cualquier otro motivo.
2. Que no estén localizados en el área.

PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los resultados obtenidos se presentaron en cuadros estadísticos analizándose convenientemente para cumplir los objetivos propuestos y comparando los resultados de nuestra investigación con trabajos similares realizados en Cuba y en el resto del mundo. Para este proceso se emplearon recursos informáticos disponibles los cuales incluyeron: Hardware: PC Hanel. Pentium IV con Software para Windows, Microsoft Excel 2003, Office Word 2003. Así se sintetizó toda la información y fue resumida en frecuencia absoluta y porcentajes utilizando medidas para variables cualitativas y cuantitativas.

El Programa de Intervención educativo fue diseñado basado en un diagnóstico educativo previo, seguido de la organización, planificación y control de una serie de técnicas participativas para modificar estilos de vida mejorando la calidad de las mismas.

La investigación constó de tres etapas:

1. Diagnóstico.
2. Intervención comunitaria.
3. Evaluación

Etapas diagnóstica

Se aplicó una encuesta inicial para identificar los estilos de vida del universo en estudio; diseñada según revisión bibliográfica y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. El resultado de la misma se convirtió en el registro primario de la investigación.

Etapas de intervención

Después de haber culminado la etapa diagnóstica hicimos un análisis de los resultados de este período, encontrando en nuestra investigación, que, de los 60 pacientes portadores de Hipertensión Arterial dispensarizados en el CMP zona 7 Principal, existía un grupo importante con cifras de TA altas producto fundamentalmente al mantenimiento de un estilo de vida poco saludable que entorpecía el control de sus cifras tensionales. Nos propusimos aplicar la estrategia de intervención, con la participación activa de nuestros pacientes y el objetivo de lograr modificaciones del estilo de vida que siempre son beneficiosas y han demostrado ser efectivas para disminuir las cifras tensionales. Esta etapa transcurrió durante los meses de octubre del 2013 a abril del 2014.

Objetivos del Programa:

Lograr mediante la aplicación de la Estrategia de intervención, modificar el estilo de vida de los pacientes hipertensos, en los siguientes aspectos:

Lograr una favorable educación nutricional.

Incrementar el desarrollo de la actividad física y control del peso corporal.

Disminución de los hábitos tóxicos.

Lograr el control de las cifras tensionales en los pacientes, al aplicar las acciones educativas, participativas y de control diseñadas en la estrategia.

Acciones Educativas:

Se propuso actividades educativas directas, con el grupo de hipertensos, multicomponentes con las cuales tratamos de actuar sobre los aspectos: cognitivo, afectivo y el comportamiento de los sujetos.

Etapas de evaluación

Al concluir el programa se aplicó nuevamente la encuesta para determinar los conocimientos adquiridos y de este modo hacer una comparación con los resultados iniciales y evaluar la efectividad de las técnicas empleadas.

Los datos se procesaron de forma computarizada, los resultados se expresaron en textos y tablas, se realizó una profunda revisión bibliográfica del tema objeto de estudio para lograr los objetivos propuestos, utilizando como fuente libros de textos, revistas, folletos, páginas de internet, la recolección de los datos se efectuó por la propia autora mediante un interrogatorio exhaustivo realizado y la dispensarización de los pacientes hipertensos, registrado y evaluado en las historias clínicas de salud familiar. Esta etapa transcurrió durante el mes de marzo 2014.

Escala de evaluación del nivel de conocimientos del cuestionario:

Adecuado: Si respondieron correctamente al menos 4 de las preguntas 5, 6 7, 8.

Inadecuado: Si respondieron de forma incorrecta 4 preguntas o más del cuestionario aplicado.

Validación del cuestionario:

Pregunta 5: Es correcta si marcaron el inciso c.

Pregunta 6: Es correcta si marcaron el inciso d y e.

Pregunta 7: Es correcta si marcaron el inciso a.

Pregunta 8: Es correcta si marcaron el inciso d.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

Análisis histórico lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los estilos de vida en los pacientes hipertensos.

Análisis - Síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Inducción - Deducción: Se establecieron generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético - Deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

El cuestionario: Dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a la población identificando necesidades de aprendizaje y aplicando una intervención comunitaria para corregirlos cada paciente incluido en este estudio fue informado previamente, recibiendo toda la información acerca de las características de la investigación y se recogió en una planilla su nombre, dos apellidos y su firma como constancia de su consentimiento de participación en el estudio. (Anexo 1)

Se utilizó como fuente de recolección las historias clínicas de salud individual, además se realizó de forma activa a través de una encuesta elaborada por el autor (Anexo 2) y el examen físico que incluye peso, talla y cifras de TA. La cual se volvió a utilizar para evaluar los cambios posteriores a la aplicación de la estrategia de intervención.

Para facilitar el procesamiento de la información se utilizó escalas ordinales con un propósito evaluativo y un enfoque fundamental: Escala de Juicios Valorativos. Para evaluar el estilo de vida de los pacientes hipertensos se contabilizaron los datos obtenidos mediante los instrumentos elaborados que fueron utilizados en el estudio para la recolección de la información.

Métodos empleados:

La observación: Este método se aplica en la investigación, ya que al observarse la frecuencia de los pacientes con cifras de TA no controladas, y sus inadecuados estilos de vida me motivó a realizar esta investigación.

La entrevista y el examen físico: Se utilizaron de manera abierta, externa y directa para la verificación del diagnóstico certero, en sus formas de presentación y otros datos de interés.

Métodos teóricos: A través de la revisión bibliográfica se pudo actualizar la situación imperante con respecto a la influencia que ejercen los estilos y modos de vida sobre el control de la HTA, lo cual permitió diseñar la metodología de esta investigación y el procesamiento de sus datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos. Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (Anexo 1). Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado. Del mismo modo, se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes, siguiendo de esta forma los principios de respeto a la Autonomía, Beneficencia, no Maleficencia y Justicia.

Definición y operacionalización de las variables.

Para dar salida a los objetivos de la investigación se operacionalizaron las variables de la forma siguiente.

Las variables utilizadas fueron:

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicador
Edades	Cuantitativa Discreta	Números de años cumplidos según carné de identidad.	20 – 34 35 – 49 50 – 64 ≥ 65	Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes. (%)
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica.	Características biológicas según caracteres sexuales primarios y secundarios externos	- Femenino - Masculino	Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes. (%)

Escolaridad	Cualitativa ordinal.	Último grado o nivel alcanzado por el encuestado. Esta se conoció mediante la encuesta.	-Primaria. -Secundaria básica. -Preuniversit. -Universitaria	Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes. (%)
Hábito de fumar	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se tuvo en cuenta el criterio de la OMS que define como fumador a toda persona que haya fumado cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno diario en el mes anterior. Esta se - Conoció mediante la encuesta.	Fuma - si - no	Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes (%)

<p>Consumo de bebidas alcohólicas</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>	<p>Se tuvo en cuenta el criterio de la OMS que define como bebedor a toda persona que haya bebido cualquier cantidad de alcohol, incluso un trago diario en el mes anterior. Esta se - Conoció mediante la encuesta.</p>	<p>Bebe - si - no</p>	<p>Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes (%)</p>
<p>Índice de Masa Corporal</p>	<p>Cuantitativa continúa.</p>	<p>Peso en Kg / Talla en m2. Esta se conoció mediante la entrevista y el examen físico.</p>	<p>Bajo Peso: < 18.5 Normopeso: 18.5 – 24.9 Sobrepeso u Obeso: > 25</p>	<p>Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes. (%)</p>

<p>Consumo de grasa y sal</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>	<p>Personas que refieren ingerir grasa y sal de forma sistemática. Esta variable se conoció mediante la encuesta</p>	<p>Ingestión de grasas y sal --si -no</p>	<p>Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes. (%)</p>
<p>Práctica de Ejercicios físicos</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>	<p>Persona que refiere practicar ejercicio físico cualquiera que sea de forma sistemática. Esta variable se conoció mediante la encuesta.</p>	<p>Práctica ejercicios físicos - si -no</p>	<p>Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes. (%)</p>

<p>Control de las cifras de T.A.</p>	<p>Cualitativa nominal Dicotómica</p>	<p>Presencia de cifras tensionales dentro del rango normal cuando se le tomó la TA.</p>	<p>Controlado: Se considera que un paciente está controlado, cuando se alcanzan las cifras de TA ≤ 140 mmhg de TAS y ≤ 90 mmhg de TAD. No controlado: Se considera que un paciente no está controlado cuando sus cifras de PA son ≥ 140 mmhg de TAS y ≥ 90 mmhg de TAD.</p>	<p>Frecuencia absoluta (No.) y porcentajes. (%)</p>
---	---	---	---	---

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Intervención educativa para modificar el estilo de vida en pacientes hipertensos en el consultorio médico popular zona 7 Principal.

TABLA 1.

Distribución de los pacientes hipertensos según grupos de edades y sexo.
CMF (zona 7 Principal). Octubre 2013 a abril 2014.

Grupo de edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	NO	%	NO	%	NO	%
20-34	3	5	5	8.3	8	13.3
35-49	20	33.3	10	16.7	30	50
50-64	12	20	4	6.7	16	26.7
>65	4	6.7	2	3.3	6	10
Total	39	65	21	35	60	100

Fuente: Encuestas.

Al realizar el análisis de la tabla 1 se observa que existe un predominio de la hipertensión en el sexo masculino (65 %) y el grupo de edad más afectado es entre 35-49 años con un total de 30 pacientes (50 %) seguido por el grupo de 50-64 con 16 pacientes para un (26.7 %). Los resultados obtenidos en este estudio son similares a los encontrados por Carrillo Arreola.⁸, en su estudio intervención de calidad de vida del paciente hipertenso donde el 62% pertenecían al sexo masculino y el grupo de edad predominante fue el de 35-50 años. Pérez M en diferentes intervenciones educativas sobre pacientes hipertensos describen el predominio de estos mismos grupos de edades³. Estos resultados nos llaman la atención pues esta predominando en edades tempranas de la vida lo que hay extremar las medidas para el control de los factores de riesgo.

TABLA 2.

Distribución de pacientes según escolaridad.

Escolaridad	NO	%
-------------	----	---

Primaria	15	25
Secundaria	38	63.4
Preuniversitario	5	8.3
Universitario	2	3.3
Total	60	100

Se puede observar en la tabla 2 que el mayor número de pacientes, (63.4 % de los encuestados) solo cursaron estudios hasta la secundaria básica, y el universitario (3.3%). Los resultados encontrados en cuanto a la escolaridad se relacionan con los de Medellín - Colombia sobre “un programas de prevención y tratamiento de la Hipertensión Arterial para el control de la enfermedad”, donde el 38 % tuvieron la secundaria completa y solo un 7,5 % tenía nivel de educación universitaria. Difiere de un estudio realizado en el estado Portuguesa Venezuela por Graffar.⁸, sobre factores asociados a la Hipertensión Arterial en paciente adulto joven, donde se obtuvo que el 59,11 %, poseía un alto nivel escolar. Lo cual evidencia el bajo nivel escolar de estos pacientes, pudiendo estar en relación a que es una población rural donde muchos dejan los estudios para dedicarse a las labores del campo.

TABLA 3.

Hábito de fumar antes y después de la intervención en los pacientes hipertensos.

Hábito De Fumar	Antes		Controlados		Después		Controlados	
	NO	%	No	%	NO	%	NO	%
Si	48	80	19	31.7	41	68.3	27	45

No	12	20	7	11.7	19	31.7	15	25
-----------	----	----	---	------	----	------	----	----

En la tabla 3 podemos apreciar que existía un predominio de fumadores que representaban el 80.0 %, de ellos el 31.7 % se mantenían controlados. Luego de intervenir sobre ellos podemos decir que el 68.3 % se mantuvo fumando, logrando el control del 45 % de ellos, Álvarez Álvarez ¹² en su estudio de intervención en pacientes hipertensos arrojó resultados similares donde el 59 % de los hipertensos eran fumadores activos, también es coincidente con López Nicolás. ¹¹ en su estudio "El control del tabaquismo desde la perspectiva de la economía. Esto significa que el hábito de fumar es un factor de riesgo muy preocupante en esta población y que es difícil modificarlo a corto plazo, pues pudiera estar incidiendo los grupos con los que se relacionan estas personas. En este último decenio se ha ido comprendiendo, de manera gradual, que la modificación del estilo de vida del paciente con HTA, basada en: control de una dieta adecuada, eliminación de hábitos tóxicos (café, tabaquismo, alcohol, entre otros), regulación de la obesidad y el sedentarismo mediante ejercicios físicos, así como disminución del estrés, permiten preservar la capacidad de adaptación y lograr una atención para mejorar la calidad de vida. Los cambios de estilo de vida han demostrado efectividad en la disminución del número y la dosificación de los medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados de la tensión arteria. La capacidad aterogénica del hábito de fumar está comprobada de forma concluyente. Se plantea que existe una relación directa entre la intensidad al fumar y las cifras de TA para cada bocanada aspirada. A los 5 años de abandonar el consumo tabáquico, el riesgo producido por el hábito de fumar desciende al nivel de personas no fumadoras. ¹⁶ El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la Hipertensión Arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina. ¹²

TABLA 4.

Índice de Masa corporal antes y después de la intervención en los pacientes hipertensos.

Antes

Después

IMC	Total		Controlados		Total		Controlados	
	No	%	No	%	No	%	No	%
<18.5.	8	13.3	4	6.7	7	11.7	4	6.7
18.5-24.9	14	23.3	7	11.7	18	33.3	14	23.3
>25	38	63.3	13	21.7	35	40	23	38.3

La tabla 4 nos muestra que predominaron los pacientes sobre peso con un 63.3% para un 21,7 % de controlados, luego de la intervenir se logró modificar muy poco el riesgo aunque sí se pudo incrementar los pacientes controlados. En estudios realizado por los doctores Sainz y Fereres¹⁹. La media de peso fue de 74,6 kg, el índice de masa corporal presentó una media de 28,2 kg/m² coincidiendo con los resultados obtenidos logrando después de la intervención, modificar cifras de TA en los pacientes estudiados.

TABLA 5.

Práctica de ejercicios físicos antes y después de la intervención en los pacientes hipertensos.

Ejercicio físico	Antes		Después		Antes		Después	
	NO	%	No	%	NO	%	NO	%
Si	14	23.3	9	15	33	45	17	28.3
No	46	76.7	21	35	27	55	27	45

La tabla 5 nos muestra que inicialmente solo el 23.3 % de los pacientes HTA realizaban de alguna forma ejercicios físicos y un 76.7 % no lo realizaba de los cuales solo el 35.0 % se mantenían controlados. Luego de intervenir sobre estos se obtuvieron resultados

favorables, logrando que el 45.0 % de los pacientes incorporaran el ejercicio como parte de sus actividades diarias y así el control del 28.3 % de los pacientes. Gutiérrez.¹⁵. concluye en su estudio que logro incrementar la realización de ejercicio físico y con ello estabilizar cifras tensionales en el grupo seleccionado para la intervención mostrando similitud con los resultados alcanzado por el autor. Estos resultados pueden deberse a la labor de médico y la enfermera de la comunidad y los profesores de deporte que cada día se esfuerzan en modificar los estilos de vida en cuanto a la práctica de ejercicio físico.

TABLA 6.

Control de las cifras de T.A antes y después de la intervención en pacientes hipertensos.

Control de cifras de TA	Antes		Después	
	NO	%	NO	%
Controlados	18	30	48	80
No Controlados	42	70	12	20

En la tabla 6, se observa que antes de la intervención solo el 30 % de los pacientes se encontraban controlado siendo el número de los no controlados el de mayor existencia representando el 70 %, después de aplicada la intervención se logra modificar el grupo de controlados a un 80 % y disminuir a un 20 % los no controlado, demostrándose que al influir sobre determinados factores de riesgo íntimamente relacionados en su desarrollo y mantenimiento con la HTA, como son el consumo de alcohol, sedentarismo, tabaquismo, sobrepeso, entre otros, se controlara el mayor número de pacientes hipertenso.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación a la presión arterial son similares a los encontrados por otros autores en diferentes intervenciones educativas sobre pacientes hipertensos.^{15, 16, 17}

TABLA 7.

Consumo de bebidas alcohólicas antes y después de la intervención en los pacientes hipertensos.

Consumo de Alcohol	Antes				Después			
	Total		Controlados		Total		Controlados	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Si	48	80	9	31.7	41	68.3	27	45
NO	12	20	7	11.7	19	31.7	15	25

En la tabla 7 podemos apreciar que existía un predominio de bebedores que representaban el 80.0 %, de ellos el 31.7 % se mantenían controlados. Luego de intervenir sobre ellos podemos decir que el 68.3 % se mantuvo bebiendo, logrando el control del 45 % de ellos, en su estudio de intervención en pacientes hipertensos arrojo resultados similares donde el 59 % de los hipertensos eran bebedores, también es coincidente con López Nicolás.¹¹, en su estudio "El control del tabaquismo desde la perspectiva de la economía". Esto significa que el hábito de beber es un factor de riesgo muy preocupante en esta población y que es difícil modificarlo a corto plazo, pues pudiera estar incidiendo los grupos con los que se relacionan estas personas. El alcohol es un claro determinante de los niveles de presión arterial en poblaciones con una ingesta elevada. Por otra parte, se ha descrito que las personas con una ingesta elevada de alcohol presentan una reducción significativa de la PA y frecuencia cardíaca después de un mes de abstinencia. La ingesta excesiva de alcohol no sólo aumenta la tensión arterial, sino que debe contemplarse como un factor de riesgo general de enfermedad y muerte.

Se han establecido los volúmenes de alcohol cuya ingestión puede conformar riesgo de HTA, a saber: 720 mL de cerveza, 300 mL de vino o 60 mL de whiskey u otras bebidas «espirituales», cuyos límites no deben ser traspasados.³⁶ Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).

TABLA 8.

Ingestión de grasas y sal antes y después de la intervención en los pacientes hipertensos.

Consumo De grasas Y sal	Antes				Después			
	Total		Controlados		Total		Controlados	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Si	40	66.6	18	45	25	41.6	15	60
NO	20	33.4	7	35	35	58.4	30	85

En la tabla 8 podemos apreciar que existía un predominio de consumidores que representaban el 66.6 %, de ellos el 45 % se mantenían controlados. Luego de intervenir sobre ellos podemos decir que el 41.6 % se mantuvo consumiendo, logrando el control del 60 % de ellos, Gutiérrez.¹⁵ en su estudio de intervención en pacientes hipertensos arrojó resultados similares donde el 70 % de los hipertensos eran consumidores, también es coincidente con López Nicolás¹¹. En su estudio "El control del tabaquismo desde la perspectiva de la economía". Esto significa que el consumo de sal y grasas es un factor de riesgo muy preocupante en esta población y que es difícil modificarlo a corto plazo, pues pudiera estar incidiendo en los grupos con los que se relacionan estas personas. El Dr. Álvarez Álvarez en una intervención sobre Hipertensión Arterial en un consultorio médico encontró que hubo un ligero aumento de la percepción de riesgo del consumo de grasas en los pacientes, lo cual coincide con este estudio.

Estrada D., Jiménez L., Pujol E., De la Sierra A. en un estudio realizado donde describen el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular encontraron que la mayoría de pacientes (90 %) afirma que una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial.

Comer demasiada grasa, especialmente las grasas saturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol.³⁶

CONCLUSIONES

De los pacientes incluidos en el estudio fueron en su mayoría del sexo masculino adultos entre 35 y 49 años, que no practicaban ejercicio físico de forma sistémica.

Antes de la aplicación de la estrategia de intervención la mayoría de los pacientes hipertensos no habían modificado su estilo de vida, predominando los casos que no cumplían adecuadamente con el tratamiento y la dieta; un elevado porcentaje de los pacientes fumaban, eran obesos y sedentarios. La estrategia educativa logró modificar algunos aspectos del estilo de vida de los pacientes hipertensos como reducción del peso corporal, control de la presión arterial, práctica de ejercicios físicos, dieta y reducción del hábito de fumar.

RECOMENDACIONES

Extender hacia otras áreas de salud la aplicación de la estrategia educativa diseñada en este estudio.

Realizar investigaciones de seguimiento prolongada para establecer los cambios inducidos por el proceso educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Zarate, H. 2011. Las últimas recomendaciones de la OMS frente a la hipertensión arterial. [En línea]. Disponible: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=359>. [Marzo, 2011]
2. Macfarlane, S., Jacober, J., Winner, N., Kaur, J., Castro, P., Wui, M. et al. 2012. Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at academic medical centers. *Diabetes care*. [Serie en Línea]. 25: 718-723. Disponible: www.binasss.sa.cr/hipertension.pdf. [Marzo, 2012].
3. Pérez, M., González, A., Ramos, O., Achon, N. 2013. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Rev. Cuba. Epidemiol.* [Serie en Línea] 43 (1) Disponible: www.scielosp.org/pdf/spm/v44n5/14028.pdf. [Marzo, 2013].
4. Willar-Álvarez, F., Banegas, J., Donado-Campos, J., Rodríguez-Artalejo, F. 2010. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA. Madrid: ERGON. [Serie en Línea] 15 (1). Disponible: www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798...sci. [Marzo, 2010].
5. Guinart, N.. ¿Qué hacemos con un hipertenso de edad avanzada? *Rev. Cub. Med. Gen Integr.* [Serie en Línea] 23 (4). 2011
6. Guzmán, J. 2013. Hipertensión arterial artículo de revisión. *Actualización médica periódica*. Pp. 58.
7. Programa Nacional de Hipertensión Arterial (Del Programa Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles) Minsap, La Habana, 2009.
8. Carrillo Arreola J .intervención de calidad de vida del paciente hipertenso.2010.

9. Investigación epidemiológica avanzada. Ciudad, Guzmán, Jal. 2011.
10. Gómez Marcos MA, García Ortiz L, González Elena LJ, Ramos Delgado E, González García A, Parra Sánchez J. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en el control de la presión arterial en atención primaria. Rev. Clin Esp. 2006; 206: 428-34.
11. Rodríguez Domínguez Lourdes. Factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial. Revista Cubana de MGI [en línea 2010]; Vol13 (5). disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13597/mgi1597.htm>.
12. López Nicolás Á, Viudez de Velasco A. El control del tabaquismo desde la perspectiva de la economía. Rev. Esp Salud Pública 2012; 83:9-23.
13. Álvarez Álvarez G en su estudio de intervención en pacientes hipertensos Revista Cubana de MGI [en línea 2009] Vol. 21 (4) disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php/Vol. 21 4 05/ISSN 0864- 2125](http://scielo.sld.cu/scielo.php/Vol.21.4.05/ISSN0864-2125) .
14. Rodríguez Martín M. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev. Esp. Salud Publica vol.83 no.3 Madrid may. /jun. 2009 <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272009000300009>.
15. Salas Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. SEEDO 2010 Consenso para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y criterios para el establecimiento de una intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2013 Feb. 10; 128(5): 184-96;
16. Morales, K. y Gutiérrez, H. 2009. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Manual Moderno. México.
17. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions Used to Improve Control of Blood Pressure in Patients with Hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2013(4): CD005182.
18. Billault B, Degoulet P, Devries C, Plouin PF, Chatellier G, Menard J. Use of a Standardized Personal Medical Record by Patients with Hypertension: A Randomized Controlled Prospective Trial. MD Comput. 2010; 12: 31-5.

19. Martinez Amenos A, Fernandez Ferre ML, Mota Vidal C, Alsina Rocasalbas J. Evaluation of Two Educative Models in a Primary Care Hypertension Programme. *J Hum Hypertens*. 2012; 4: 362-4.
20. Saniz M , Federes J. Intervención educativa en el paciente hipertenso. Proyecto de desarrollo por la Unidad de Educación para la salud del servicio de medicina Preventiva. Hospital clínico San Carlos, de Madrid; 2009.
21. Alconero, A., García, M., Cassaus, M. 2009. Puesta en práctica de una guía educativa sobre hipertensión arterial en atención primaria. [En línea]. Disponible:<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/4306.pdf>. [Noviembre, 2009].
22. Herrera Dueñas Agüero. La HTA como factor de riesgo coronario. *Revista Cubana Cardiología* [en línea 2010]; Vol. 15. disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/card/vol15-1-03/card01101.htm>.
23. Galan Morillo M. y cols. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 horas – evolución médica monitoreo ambulatorio de presión arterial. *Revista Cubana de Medicina* [en línea 2011] Vol. 43 (6).
24. Singh RB, Rastogi SS, Verma R, Laxmi B, Singh R, Ghosh S, et al., Randomized controlled trial of cardioprotective diet in patients with recent acute myocardial infarction: results of one year follow up. *BMJ*,2011; 304: 1015-1019.
25. He FJ, Mac Gregor GA. Efecto de la reducción moderada de sal a largo plazo en la presión arterial (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2010 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
26. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA*. 2009; 289: 2560-72.

27. Gómez Marcos MA, García Ortiz L, González Elena LJ, Ramos Delgado E, González García A, Parra Sánchez J. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en el control de la presión arterial en atención primaria. *Rev Clin Esp.* 2013; 206: 428-34.
28. Gómez Marcos MA, García Ortiz L, González Elena LJ, Sánchez Rodríguez A. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos... *Aten Primaria.* 2012; 37: 498-503.
29. García Ortiz L, Santos Rodríguez I, Gómez Marcos MA, Sánchez Fernández PL, Rodríguez Sánchez E, González Elena LJ. Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso. (CICLO-RISK STUDY). *Rev. Esp Salud Pública.* 2011; 82: 57-68.
30. García Ortiz L, Gómez Marcos MA, González Elena LJ, Maderuelo Fernández JA, Ramos Delgado E, Torrecilla García M. Riesgo cardiovascular del paciente hipertenso con seguimiento prolongado en Atención Primaria. El efecto del envejecimiento (CICLO-RISK study) *Rev. Esp Salud Pública.* 2012; 81: 365-73.
31. Garcia Ortiz L, Santos Rodriguez I, Sanchez Fernandez PL, Mora Santiago MC, Arganda Maya J, Rodriguez Corral MT. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. *Rev Esp. Cardiol.* 2014; 57:644-51.
32. Graffar chroeder K, Ebrahim S. Interventions Used to Improve Control of Blood Pressure in Patients with Hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 (4): CD005182.
33. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel Iii). *JAMA.* 2010 May; 285: 2486-97.

34. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2013 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens.* 2013; 21: 1011-53.
35. De Backer G, Ambrosioni E, Borch Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of Eight Societies and by Invited Experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2013; 10: S1-S10.
36. Carolina Melchior. Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR – Brasil 2010.
37. Villafranca, A. y Contreras, F. 2014. Propuesta de un programa para reforzar el conocimiento sobre los factores de riesgo modificables de hipertensión arterial en pacientes de la unidad de hipertensión arterial del hospital universitario de Caracas. Trabajo para optar al título de licenciado en enfermería. Escuela experimental de enfermería. Facultad de medicina. UCV. Caracas. (Multígrafo).
38. Muñoz, M. 2013. “Programas de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial al control de la enfermedad”. *Art Orig; Univ de Medellín Colomb.* [Serie en Línea] 10; 51-52

ANEXOS

ANEXO No 1

Consentimiento informado:

Estimado compañero (a): se está llevando a cabo una investigación con la finalidad de determinar como la modificación de los estilos de vida contribuyen en el control de los pacientes hipertensos, por lo tanto solicitamos su autorización para responder a un modelo de entrevista y acudir a un total de 8 sesiones, incluidas en dicha investigación. Usted queda en el derecho de retirarse de la investigación cuando lo desee.

Nombre del paciente: _____.

Firma de la paciente

Firma de la autora

ANEXO No 2

ENCUESTA PARA PACIENTES HTA (incluidos en la investigación).

(Esta se realizó al iniciar y finalizar el estudio).

1- Edad.

2- Sexo: Femenino: _____ Masculino _____

3- Escolaridad:

a) Primaria. _____ b) Secundaria básica. _____ c) Preuniversitario. _____ d)
universitario. _____

4- Ejercicio Físico

¿Practica usted ejercicios físicos sistemáticamente?

Si _____ No _____

En caso afirmativo, frecuencia en que los hace _____, y la duración _____

5- Hábito de Fumar.

¿Usted fuma?: Si _____ No _____

En caso afirmativo cantidad de cigarrillos diario _____

6- Tratamiento

¿Tiene usted tratamiento para su HTA? Si _____ No _____.

Dietético: _____ o Farmacológico: _____.

En caso de ser farmacológico, lo cumple:

a) Diario _____ b) Cuando me acuerdo _____ c) cuando me siento mal _____ d)
Casi nunca _____ e) Nunca _____

7-Consumo de bebidas alcohólicas.

¿Usted bebe alcohol?: Si _____ No _____

En caso afirmativo cantidad diario _____

8- Ingestión de grasas y sal

¿Usted ingiere grasas y sal diario?: Si _____ No _____

ENCUESTA PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

(Esta se realizó al iniciar y finalizar el estudio).

Nombre: _____

1- Cifras de tensión arterial.

Toma de TA: TAS_____, TAD _____ mmHg.

TAS media _____, TAD media _____ mmHg.

2- Medidas antropométricas.

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm.

IMC: _____ Kg.

ANEXO No 3

El contenido de las sesiones se comportó de la manera siguiente:

Sesión 1:

Tema: Introducción al programa educativo.

Objetivos: Definir los objetivos de la intervención en sentido general.

Dar a conocer las técnicas que se emplearan.

Motivar a la divulgación de los temas impartidos.

Actividades: Presentación del autor y el equipo de trabajo.

Aplicación de la encuesta.

Charlas educativas sobre generalidades de la HTA, factores riesgo

Y formas de prevención.

Entrega de folletos educativos relacionados con el tema.

Materiales: Folletos, papel, lápiz, pizarra y tizas.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora.

Sesión 2:

Tema: Características clínicas y epidemiológicas de la Hipertensión Arterial.

Tratamiento no farmacológico y su importancia.

Objetivos: Conocer antecedentes, concepto, cuadro clínico y diagnóstico de la HTA.

Importancia de su prevención.

Actividades: Debate sobre la técnica correcta de medir la TA.

Lluvias de ideas, donde se expondrán libremente las ideas y punto de vistas relacionados con el tema.

Materiales: Pancarta, pizarra, tizas.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora.

Sesión 3:

Tema: Estilo de Vida. Concepto, características e importancia.

Objetivo: Explicar La importancia de un estilos de vida saludables para el control de la Hipertensión Arterial.

Modificaciones aconsejables del estilo de vida en estos pacientes.

Actividades: Dinámica de grupo acerca del tema impartido.

Materiales: Tarjetas y folletos.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora.

Sesión 4:

Tema: Educación nutricional del paciente HTA.

Objetivos: Explicar la importancia una dieta adecuada para el control de las cifras Tensionales.

Explicar la dieta de la HTA y la forma correcta de realizarla.

Actividades: Charla educativa acerca del tema impartido.

Debate sobre la importancia de la dieta.

Materiales: Folletos, pancartas, pizarra y tiza.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora.

Sesión 5:

Tema: El ejercicio físico y el peso corporal en la HTA.

Objetivos: Dar a conocer la importancia de la relación entre ejercicio físico y el Peso corporal.

Explicar cómo mantener un adecuado peso corporal a través de la actividad física.

Identificar tipos de ejercicios recomendados para el paciente HTA, sistematicidad, duración y frecuencia de su realización.

Actividad: Debate del tema impartido.

Lluvia de ideas sobre que hacer para lograr el peso ideal.

Materiales: Folletos, tarjetas, pancartas.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora y Lic. En Cultura Física de la comunidad.

Sesión 6:

Tema: Tabaquismo. Concepto, tipos y factor de riesgo.

Objetivos: Concientizar a los pacientes sobre el daño que genera el hábito de fumar. Explicar algunas reglas prácticas para disminuir el consumo de cigarrillos, modificar la topografía del fumar y enfrentar los deseos de fumar.

Actividades: Charla educativa sobre la relación entre tabaquismo y HTA.

Debate sobre el tema impartido.

Materiales: Folletos, tarjetas, boletines, afiches.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora.

Sesión 7:

Tema: Tratamiento medicamentoso, medicamentos hipotensores más utilizados.

Objetivos: Conocer la importancia del cumplimiento de la terapia hipotensora.

Actividades: Debate del tema impartido.

Materiales: tarjetas, boletines, afiches, pizarra y tizas.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora.

Sesión 8:

Tema: Evaluar los objetivos de la intervención.

Objetivos: Comprobar si fue efectiva la intervención.

Actividades: Comprobación de los conocimientos adquiridos.

Reaplicación de la encuesta.

Materiales: Encuesta, lápiz.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: la autora.

ANEXO No 4

Aval de la investigación

En sesión ordinaria del consejo científico se presentó la solicitud del aval de la investigación titulada: Intervención educativa para modificar el estilo de vida en pacientes hipertensos del consultorio médico popular zona 7 principal.

De la autora: Dra Marielys Moreno Pimentel.

Una vez analizada la solicitud se aprobó, por todos los presentes, otorgarle el aval, tomando en consideración los criterios siguientes:

- La investigación responde a los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública.
- La investigación se dirige a mejorar la calidad de los servicios que se brindan y el estado de salud de la población.
- El diseño de la investigación es adecuado a los objetivos planteados y el documento presentado indica una correcta planificación y control de las tareas a ejecutar.
- La investigadora principal y su equipo reúnen las condiciones, características y experiencias necesarias para la ejecución del proyecto.
- El proyecto se elabora sobre la base de los servicios e instalaciones presentes en la institución ejecutora, lo que evidencia su factibilidad.

Presidente comité científico

ANEXO No 5

Aval del comité de ética de investigaciones de la sede.

Por este medio comunicamos que fue analizada la propuesta de trabajo investigativo titulado: Intervención educativa para modificar el estilo de vida en pacientes hipertensos del CMP zona 7 principal, de la autora Marielys Moreno Pimentel la misma cumple con los aspectos éticos necesarios para su ejecución y se enmarca dentro de las normas del código de ética de investigaciones.

Dado en Venezuela _____ días del mes de _____ del año _____

Comité Ética de Investigaciones