

CDI LA RINCONADA

MUNICIPIO MARACAIBO, ESTADO ZULIA.



NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE SOBRE SU ENFERMEDAD TIENEN LOS PACIENTES HIPERTENSOS PERTENECIENTES AL MUNICIPIO MARACAIBO. ENERO - DICIEMBRE DE 2012.

AUTOR: Dr. Esdiel Ferrer Buchillón.

2013

CDI LA RINCONADA

MUNICIPIO MARACAIBO, ESTADO ZULIA.



NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE SOBRE SU ENFERMEDAD TIENEN LOS PACIENTES HIPERTENSOS PERTENECIENTES AL MUNICIPIO MARACAIBO. ENERO - DICIEMBRE DE 2012.

AUTOR; Dr. Esdiel Ferrer Buchillón.

Residente de 2do año de M.G.I

TUTOR; Dr. Liuván Guzmán Becerra.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

ASESOR; Dr. Pedro Miguel Milián Vázquez.

Especialista de 2do grado en Farmacología. Profesor auxiliar.

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

2013

Resumen

RESUMEN

Se realizó un estudio Cuasi-experimental (antes-después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos pertenecientes al municipio Maracaibo durante el periodo Enero de 2012 hasta Diciembre de 2012. El universo de estudio estuvo conformado por todos los pacientes hipertensos de los Consultorios Médico Popular de las Familias: Bruzual 1, Bruzual II y La Bomba, del municipio Maracaibo, tomándose como muestra 120 pacientes que representan el 33% de la misma y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Al final de la investigación se concluyó que en los hipertensos encuestados el mayor porcentaje recayó en el grupo de 50 a 59 años de edad con predominio del sexo masculino. El tiempo de evolución de la enfermedad en general está entre los 5 y 9 años. El alcoholismo resulto ser el hábito toxico que más frecuente se presenta, aunque el hábito de fumar exhibe porcentaje no despreciable. La mitad de los hipertensos ha necesitado servicios de cuerpo de guardia más de cuatro veces en el año. El nivel de conocimiento de los hipertensos sobre la enfermedad y el estilo de vida después de la implementación de la intervención educativa se elevó pues al inicio era inadecuado, considerándose que la misma es efectiva para adquirir información.

Palabras clave: Intervención educativa. Hipertensión arterial.

Introducción

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en nuestro medio. La trascendencia sanitaria y socioeconómica de esta afección la convierte en un verdadero problema de salud pública en todo el mundo. (1- 4)

La Hipertensión Arterial es definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg. o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive. Esta definición es aplicable a adultos. En los niños están definidas, según su edad, otras cifras de presión arterial. (5)

Su importancia reside en el hecho de que cuantos mayores sean las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos. Esto es así en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

El VII reporte del Joint National Committee (JNC) ha reclasificado la hipertensión arterial para adultos de 18 años o más teniendo en cuenta las cifras de tensión arterial que presenten los pacientes y ha considerado que existen cuatro categorías: normal, prehipertensión e hipertensión (grado I y grado II). (6)

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, y la HTA está presente en casi todas ellas. En Cuba se calculan alrededor de 2 millones y medio de hipertensos. La prevalencia según estudios epidemiológicos se encuentra entre el 25,6 y el 38,2 % en las personas de 15 y más años, y se sabe que aumenta con la edad.

Como se trata de una enfermedad crónica que evoluciona en forma silente durante muchos años, no resulta fácil establecer el número de personas que se convierten en hipertensos cada año, por lo cual la incidencia de la HTA es difícil de precisar.

La mortalidad por HTA se produce por la enfermedad cerebrovascular, infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal terminal y por complicaciones de la enfermedad vascular periférica. Generalmente, las estadísticas de mortalidad se confeccionan basadas en los certificados de defunción, donde no se recoge la hipertensión como causa básica y, por tanto, no se refleja el impacto de esta afección en la mortalidad de un país.

La HTA es una enfermedad con una sintomatología inespecífica y aunque los síntomas y signos que la acompañan varían, están en relación con el tipo de hipertensión y el estadio en que se encuentra la enfermedad. (4)

El enfermo hipertenso no tratado corre un gran riesgo de insuficiencia ventricular izquierda incapacitante o mortal, infarto del miocardio, hemorragia o infarto cerebral o insuficiencia renal, a una edad precoz. La hipertensión es el factor de riesgo más importante del ictus. Es uno de los tres factores de riesgo (junto con el consumo de cigarrillos y la hipercolesterolemia) que predisponen a la aterosclerosis coronaria. Cuanto más alta es la presión arterial (PA) y más graves las alteraciones de la retina, peor es el pronóstico. Menos del 5% de los enfermos con hipertensión del grupo 4 o maligna caracterizados por edema papilar y <10% de los enfermos con alteraciones del grupo 3 en el fondo del ojo sobreviven 1 año sin tratamiento. El control médico eficaz de la hipertensión evitará o detendrá muchas complicaciones y prolongará la vida de los pacientes con hipertensión sistólica aislada (HSA) o hipertensión diastólica. Las arteriopatías coronarias son la causa más frecuente de muerte entre los hipertensos tratados. La PA sistólica es un factor predictivo más importante que la PA diastólica de episodios cardiovasculares mortales y no mortales. En un seguimiento de hombres seleccionados para el Multiple Risk Factor Intervention Trial, la mortalidad global se relacionaba con la PA sistólica, independientemente de la PA diastólica (7)

Una investigación del Instituto Nacional de Higiene reveló que la prevalencia de la HTA en la población urbana y rural de Cuba alcanzó el 30% y el 15%,

respectivamente, lo cual indica que existe un subregistro a nivel nacional de acuerdo con la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados.

En los últimos veinte años se han obtenido progresos en la detección, tratamiento y control de la HTA y en consecuencia la mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) y enfermedad cerebrovascular han disminuido en el 50% y en el 57%, respectivamente, ya que la HTA es uno de los factores de riesgo mayores para la CI y el más importante para la enfermedad cerebro-vascular.

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. Corresponde al Médico de Familia, como vigilante de la salud, desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud 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. (7)

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se plantea el siguiente problema:

¿Cómo contribuir a educar a los pacientes hipertensos del Consultorio Médico Popular Samide en aspectos relacionados con su enfermedad?

Pregunta investigativa: ¿Cuál será el nivel de conocimiento que sobre su enfermedad tendrán los pacientes hipertensos del Consultorio Médico Popular Samide?

Hipótesis:

Si se realiza una estrategia educativa sobre hipertensión arterial en pacientes del Consultorio Médico Popular Samide, se elevará el nivel de conocimiento sobre su enfermedad.

Objetivos

OBJETIVOS:

Objetivo general:

✚ Elevar el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos del Consultorio Médico Popular Samide perteneciente al municipio Maracaibo durante el periodo Enero de 2012 hasta Diciembre de 2012.

Objetivos específicos:

✚ Caracterizar la muestra estudiada según algunas variables sociodemográficas.

✚ Diseñar e implementar una estrategia educativa sobre hipertensión arterial en la población objeto de estudio.

✚ Determinar el nivel de conocimiento de los hipertensos antes y después de la intervención educativa.

Marco Teórico

MARCO TEÓRICO

La hipertensión no tratada se asocia a una reducción de la esperanza de vida de 10 a 20 años, generalmente debido a la aceleración del proceso aterosclerótico, en parte relacionado con la gravedad de la hipertensión. Incluso los individuos con hipertensión relativamente leve, es decir, sin signos de afectación de órganos diana, si no se tratan durante períodos de 7 a 10 años tienen un gran riesgo de presentar complicaciones importantes. Casi el 30% sufren complicaciones de la aterosclerosis y más del 50% mostrarán lesiones de los órganos diana relacionadas con la hipertensión. Por lo tanto, incluso en sus formas leves, si no se trata, la hipertensión es una enfermedad progresivamente letal (10)

Como se señaló con anterioridad la Hipertensión arterial es el principal factor de la Enfermedad cerebrovascular, esto hace que desde un enfoque epidemiológico, solo puede considerarse que una intervención sanitaria es efectiva en esta, cuando se logran disminuir las tasas de incidencia y de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (11)

El principal propósito de la prevención y tratamiento de la HTA es reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Para alcanzar dicho objetivo, se deben obtener otros intermedios como el control adecuado de la tensión arterial y de otros factores de riesgo, así como mejorar o revertir el daño de órganos diana.

Para alcanzar los objetivos anteriores la terapéutica actual de la HTA cuenta con las estrategias de los cambios del estilo de vida (tratamiento no farmacológico) y el tratamiento farmacológico o medicamentoso. La primera de éstas constituye un reto para el paciente y para el personal médico y paramédico que le asiste debido a lo complejo que resulta lograr cambios en el estilo de vida de una persona. Esto está dado porque el estilo de vida es el modo en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, etc.; modos de relaciones sociales –sexualidad, vida relacional y de familia, etc.; y mecanismos de afrontamiento social. Es una forma de vivir. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por tanto, alude a la forma

personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

En el estilo de vida, se resumen los patrones de comportamiento estable del individuo, en los que influyen de forma dialéctica e interrelacionada las características personales individuales, las influencias de las relaciones sociales y las condiciones de vidas socioeconómicas y ambientales de forma que son flexibles y modificables (11)

En el caso de los pacientes hipertensos estas modificaciones incluyen los siguientes aspectos:

- Actividad física regular, de preferencia ejercicio isotónico –dinámico y aerobio realizado con sistematicidad e intensidad moderada, pero suficiente para producir a largo plazo un efecto de entrenamiento. Se recomienda al menos 30 minutos de ejercicio físico diario.
- Perder peso en caso de ser obeso o sobrepeso hasta alcanzar un Índice de masa corporal (IMC) entre 18,5 y 24,9 debido a que valores superiores a éste último resultan nocivos para el organismo, y al alcanzar un IMC superior a 27, se predispone a la resistencia a la insulina.
- Dejar de fumar es una indicación inmediata en el hipertenso. De los factores de riesgo coronario que acompañan a la hipertensión arterial, este es el que más depende de la voluntad del perjudicado. La capacidad aterogénica del hábito de fumar está comprobada de forma concluyente.
- Una dieta rica en frutas y verduras y pobre en grasa con un contenido reducido de grasas saturadas y totales.
- El sodio de la dieta debe ser inferior a 2,4g/día lo que equivale menos de 6 gramos de cloruro de sodio.

- Debe limitarse el consumo de alcohol a menos de 30 gramos de alcohol al día en los hombres; esto es el equivalente a 360cc de cerveza, 150cc de vino o 45cc de ron. Estos valores se reducen a la mitad en el caso de las mujeres (12-14)

Las modificaciones anteriores en la hipertensión arterial fase 1 (leve) sin signos de lesión de órganos diana, pueden hacer que los fármacos no sean necesarios. Aún cuando no logren su control adecuado, ellas pueden reducir las dosis y el número de medicamentos necesarios para llevar a la normalidad los valores de la presión arterial. Los pacientes con hipertensión arterial no complicada no necesitan limitar sus actividades si se controla la tensión arterial. Las modificaciones de la dieta pueden ayudar a controlar la diabetes, la obesidad y las dislipidemias.

En fin, los cambios de estilos de vida consisten en modificar todos aquellos factores de riesgo que pueden elevar la tensión arterial, la morbilidad y la mortalidad cardiovascular o puedan interferir en la eficacia de los medicamentos. Los pacientes deben ser estimulados para cumplir con éstas, particularmente los que presentan otras enfermedades que a su vez constituyen factores de riesgo como la diabetes mellitus y las dislipidemias; así como los hipertensos de la tercera edad. El principal inconveniente es la dificultad con que el paciente las practique y que las mantenga, por esta razón, se necesita que el equipo de salud estimule su cumplimiento a través de la educación del paciente y de su entorno familiar (10)

La prevalencia de la enfermedad ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con los hábitos tóxicos (4)

Considerando en conjunto los múltiples estudios epidemiológicos, se estima que entre el 20 y el 25% de los adultos de más de 18 años presentan cifras de presión arterial superiores a 140/90 mm Hg. de manera estable, criterio actual que define la hipertensión. La prevalencia aumenta progresivamente con la edad y llega a alcanzar cifras superiores al 50% entre los individuos de más de 65 años. El descenso de la prevalencia en los hombres observado a partir de los 70 años puede ser fruto del aumento de la mortalidad en las décadas previas. Existen escasos datos sobre la prevalencia de hipertensión secundaria en diferentes comunidades y

en distintos grupos de edad, aunque se estima en un 6-8% del total de la población general hipertensa. Únicamente en centros especializados puede alcanzar el 15-35% de los hipertensos atendidos.

Se estima que la HTA afecta aproximadamente a 1 000 millones de personas en todo el mundo. Como la edad poblacional, la prevalencia de HTA se incrementará en adelante a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces. El estudio de Framingham sugiere que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. (6)

Se calcula que en EE. UU. hay unos 50 millones de hipertensos (PA sistólica mayor que 140 mm Hg. y/o diastólica mayor que 90 mm Hg., o que están tomando medicación antihipertensiva) (6,14). Por razones desconocidas, la prevalencia de la hipertensión parece estar disminuyendo en los Estados Unidos. La hipertensión es más frecuente en los adultos de raza negra (32%) que en los de raza blanca (23%) o mejicanos americanos (23%), y la morbilidad y mortalidad son mayores entre los de raza negra. La PA diastólica aumenta con la edad hasta los 55 ó 60 años. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15 y un 30% y se considera que es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de los medicamentos (16,17)

En Europa, que es una comunidad más homogénea, con poblaciones de mayor longevidad, se presenta también una elevada incidencia de enfermedades cardiovasculares crónicas, a pesar de sistemas de salud desarrollados que dedican un elevado porcentaje de sus recursos a la prevención de la enfermedad. (18)

La población venezolana no está ajena a este fenómeno, pues muestra una tendencia al envejecimiento y al incremento de la esperanza de vida, según la Dirección Nacional de Estadísticas el 16.2 % de la población total del país supera los 60 años, oscilando el 8.60 % entre los 60 y 69 años, el 4.97 % entre los 70 y 79 y el 2.64 % superior a 80 años.

En Venezuela, a finales del 2010, estaban dispensarizadas como hipertensas 2 135 496 personas (23,9 % de la población adulta mayor de 15 años), con un subregistro aproximado del 10 % de individuos hipertensos sin diagnosticar. La prevalencia de

pacientes hipertensos dispensarizados por el Sistema de Atención Primaria en el 2007 fue de 2 211 780 (24.6% de la población adulta mayor de 15 años o 196 hipertensos por millón de la población) con TA mayor o igual a 140 y 90 mmHg. Actualmente 2 266 000 venezolanos padecen esta enfermedad; Distrito Capital resulto ser el Estado con mayor tasa de prevalencia con 206,6 hipertensos por millón de habitantes. (19,20)

En el Estado Zulia la prevalencia e incidencia de la hipertensión arterial así como la morbimortalidad debida a las enfermedades y complicaciones que de ella derivan (enfermedades cerebrovasculares, infarto agudo del miocardio, insuficiencia renal crónica, hipertrofia del ventrículo derecho, etc.) han experimentado un aumento en los últimos años.

Esto se ha visto favorecido por el aumento de la esperanza de vida de la población y por tanto la presencia de un mayor número de personas de la tercera edad, que unido al control de las enfermedades trasmisibles han provocado que las enfermedades crónicas no trasmisibles ocupen junto al cáncer los primeros lugares en las listas de mortalidad.

De lo expuesto anteriormente deriva que la hipertensión arterial haya presentado al cierre de 2010 una incidencia de 6 288 pacientes.

Estas estadísticas no son más que un reflejo a una mayor escala de lo que sucede también en los diferentes Estados del país, donde se elevan también las cifras de pacientes aquejados de enfermedades crónicas no trasmisibles y dentro de estas la hipertensión arterial. Se reporta así en el municipio Maracaibo un aumento de los pacientes aquejados de hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas a tal punto que pasó a ser uno de los problemas de salud más importantes que enfrenta dicho municipio.

Se necesita diseñar y aplicar estrategias de prevención primaria, para evitar que las personas se conviertan en hipertensos, así como medidas de prevención secundaria que permitan que el hipertenso mantenga cifras de tensión arterial normales y sin complicaciones como consecuencia del descontrol. A veces diseñar estas

estrategias se hace difícil, dado que la etiología de la HTA no se conoce en la mayoría de los enfermos.

Múltiples han sido las alternativas puestas en práctica para tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, dentro de estas las que combinan la elevación del nivel de conocimientos en torno a la enfermedad para lograr cambios en los estilos de vida no saludables han dado buenos resultados. En nuestro Estado se han establecido en varios municipios Escuelas de hipertensos a nivel de los Consultorios Medico Populares (21,22)

En el municipio Maracaibo no existía ninguna escuela de este tipo y se hacía necesario debido al ascenso que ha tenido la HTA en los últimos años, la implementación de alguna intervención en pacientes hipertensos que lograra garantizarles una adecuada calidad de vida, emprendiendo estilos de vida saludables que sobre la base del conocimiento los convierta en responsables de su salud, con la colaboración incondicional del Equipo Básico de Salud.

Material y Método

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio Cuasi-experimental (antes-después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos pertenecientes al municipio Maracaibo durante el periodo Enero de 2012 hasta Diciembre de 2012.

El universo de estudio estuvo conformado por todos los pacientes hipertensos de los Consultorios Médico Popular de las Familias: Bruzual 1, Bruzual II y La Bomba, del municipio Maracaibo, tomándose como muestra 120 pacientes que representan el 33% de la misma.

Para seleccionar la muestra y que la misma fuera representativa y suficiente se realizó un muestreo aleatorio estratificado (MAE) donde los Consultorio Médico Popular constituyeron los estratos y luego por un muestreo aleatorio simple se seleccionaron las unidades de análisis (UPE).

ESTRATOS	UNIVERSO	MUESTRA
BRUZUAL I	41	14
BRUZUAL II	143	48
LA BOMBA	174	58
TOTAL	358	120

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes hipertensos mayores de 18 años que previo consentimiento informado desearan participar en la investigación (Anexo N° 1).
- Aptos física y mentalmente para comprender la encuesta y los programas educativos.
- Estar dispensarizado como hipertenso en el Consultorio Médico Popular y residiendo en el área.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No cumplir los requisitos de inclusión antes expuestos.

CRITERIOS DE SALIDA

- Abandono de su participación en la investigación por cualquier causa.
- Tener menos del 75% de asistencia a las actividades.

FUNDAMENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

MÉTODOS TEÓRICOS:

- ◆ **Histórico-lógico:** al realizar el estudio del problema de investigación en estos años, se hizo énfasis especial en la naturaleza del mismo en el país.
- ◆ **Análisis-síntesis:** en la interpretación de fuentes bibliográficas, para determinar las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico.
- ◆ **Sistémico:** al valorar el carácter de sistema de los componentes del problema.
- ◆ **Hipotético-deductivo:** posibilitó el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas. Ayudó a corroborar las hipótesis e inferir conclusiones.

MÉTODOS EMPÍRICOS:

- ◆ **Observación:** es el método empírico más universal. A través de él se pudo determinar que con la aplicación de una intervención educativa se puede elevar el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos y disminuir a mediano plazo la urgencia hipertensiva.
- ◆ **Análisis documental:** permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento de la enfermedad a nivel mundial y nacional y la importancia del seguimiento de la enfermedad en su mejor control.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La encuesta (Anexo N° 2): Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a todos los pacientes seleccionados.

- Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta con 17 ítems antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas dicotómicas y politómicas.

1. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.


Variable dependiente.


Conocimiento. La adquisición a través de la superación de los pacientes hipertensos en temas relacionados con la HTA.

Variable independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en los hipertensos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	VARIABLE OPERACIONALIZADA
EDAD	Cuantitativa Continua	30 – 39 años. 40 – 49 años. 50 – 59 años 60 – 69 años. 70 y más años.
SEXO	Cualitativa Nominal	M o F
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Cualitativa Ordinal	Primaria sin terminar. Primaria Terminada. Secundaria Terminada. Preuniversitario Terminado. Universidad
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	Cualitativa Ordinal Politómica	Menos de 5 años. De 5 a 9 años. De 10 a 15 años. Más de 15 años.
HÁBITOS TÓXICOS	Cualitativa Nominal	Si No Se incluyeron:  Hábito de fumar

		 Ingestión de alcohol
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Cualitativa Nominal	Adecuado Inadecuado

El trabajo se desarrolló en tres fases:

1.- Nivel de conocimiento al inicio de la investigación (**antes de intervención**): En esta fase se identificó el nivel de conocimiento de los pacientes sobre algunos aspectos relacionados con la enfermedad al evaluar con el instrumento inicial mediante una escala de calificación.

Adecuado: De 70 a 100 puntos.

Inadecuado: Menos de 70 puntos.

La encuesta constaba de 11 preguntas de las que solo 6 abordaban temas de conocimiento a la que se les califico con un valor de:

Pregunta 5: Obtendrá el valor máximo de 10 puntos si responde el acápite 5.3, si responde alguno de los restantes obtendrá solo 5 puntos.

Pregunta 6: Obtendrá el valor máximo de 10 puntos si responde al menos 2 acápites de los correctos en este caso 6.1; 6.3; 6.5; 6.7; 6.8; pero se le restara 1 punto por cada una de los incorrectos.

Pregunta 7: Obtendrá el valor máximo de 20 puntos si responde el acápite correcto 7.4. Si otro 0 punto.

Pregunta 8: Obtendrá el valor máximo de 20 puntos si responde acápite correcto 8.2. Si otro 0 punto.

Pregunta 9: Obtendrá el valor máximo de 20 puntos si responde acápite correcto 9.1, si otro 0 punto.

Pregunta 11: Se tendrá en cuenta para su calificación que se mencionen los tres pilares fundamentales del seguimiento del HTA: La dieta, Ejercicio físico controlado

y el Tratamiento. Se obtendrá 20 puntos si los menciona todos, se retara 5 puntos por no mencionar 1 de ellos.

2.- De intervención educativa: En esta etapa se realizaron diferentes actividades (Anexo N^o 3)

Para el desarrollo de las clases se dividió al grupo de pacientes seleccionados en 6 subgrupos de 20 personas cada uno. Los pacientes de los subgrupos 1, 2 y 3 recibieron las clases en la primera y tercera semana del mes, mientras que los subgrupos restantes lo hicieron en la segunda y cuarta semana.

Las clases se dieron con una frecuencia quincenal para cada grupo y se realizaron martes, miércoles y jueves de 5: 30 p.m. a 7: 00 p.m. Las mismas se desarrollaron en la sala de espera que tenemos televisión en el propio Consultorio Médico Popular.

3.- Nivel de conocimiento **después** de la intervención o **evaluación**

Se aplicó nuevamente el cuestionario para determinar los cambios que pudieron haber experimentado los pacientes en su nivel de información.

MÉTODOS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Toda la información recogida en el instrumento se plasmó en una base de datos confeccionada sobre la plataforma Excel 2010, en el ambiente Windows 7 y se exportó al paquete estadístico EPIDAT versión 3.0 y SPSS versión 12.5 donde se realizaron todos los procedimientos estadísticos pertinentes según los objetivos de la investigación y el tipo de variable a investigar.

- **Procesamiento estadístico**

Fueron calculados medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (Número absoluto, por ciento y media)

Para la comparación de las calificaciones obtenidas antes y después de la intervención se realizó el cálculo de la media (μ), la desviación estándar (S) el intervalo de confianza (IC) con una confiabilidad del 95%. Se evaluó el nivel de

conocimientos y la efectividad de la intervención mediante el Test de Comparación de Medias a través de una T de student (T_o) para muestras pareadas (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$: (23)

$H_o: \mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos $\implies \mu_a - \mu_d = 0$

$H_1: \mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

$$T_o = \frac{\bar{d} - \mu_o}{s / \sqrt{n}}$$

Entonces la regla de decisión fue rechazar H_o si la $T_{\text{observada}} > T_{\text{tabulada}}$ ($|T_o| > T_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizarse un software estadístico, se rechazar la H_o si la probabilidad asociada al estadígrafo (p) resulta ($p < \alpha$). Se calcularon además los intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm t_{(1-\alpha/2)} \frac{s}{\sqrt{n}}$$

- **Técnicas de presentación:**

Los resultados se presentaron de manera resumida en forma de tablas y gráficos diseñados al efecto. Ello permitió que mediante la aplicación de los procesos de análisis, síntesis, abstracción y generalización, arribáramos a conclusiones y se formularan recomendaciones.

ASPECTOS ÉTICOS:

Para esta investigación se contará con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de todas las instituciones afines al desarrollo de la prevención y educación en la salud. Se cumplirá estrictamente con el proceso de consentimiento informado y confidencialidad de la información.

Para la selección de la muestra, en el proceso de consentimiento informado se explicará a los individuos: el propósito del estudio, los beneficios sociales y el valor

que tiene para la ciencia esta investigación; cómo se garantizará la confidencialidad de los datos y con quién contactar en caso de dudas o querer abandonar el estudio.

Los datos de identidad de los participantes, así como los resultados que se obtendrán en el análisis estadístico serán registrados en una base de datos confeccionada para este proyecto por el CPGM, que tiene acceso restringido al equipo de investigadores con el objetivo de garantizar la confidencialidad de la información.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Título: Nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos pertenecientes al municipio Maracaibo. Enero - Diciembre de 2012.

Cuadro N° 1: Distribución de los hipertensos de acuerdo al grupo de edad y sexo.

GRUPOS DE EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
30 – 39	4	3,33	3	2,50	7	5,83
40 – 49	9	7,50	12	10,00	21	17,50
50 – 59	27	22,50	23	19,17	50	41,67
60 – 69	10	8,33	14	11,67	24	20,00
70 y más	7	5,83	11	9,17	18	15,00
Total	57	47,50	63	52,50	120	100,00

En el cuadro N° 1 se muestra que de los encuestados el grupo de 50 a 59 años es de mayor frecuencia con el 41,67%, de ellos el sexo masculino resultó el de mayor aporte con el 22,50% y el 19,17% para el sexo femenino. Ver anexo N° 4

En la bibliografía consultada se plantea que su prevalencia aumenta con la edad hasta los 70 años y después desciende; siendo más alta en mujeres, aunque en menores de 50 años es mayor en hombres.

Cuadro N° 2. Distribución de los hipertensos según nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD.	No	%
Primario sin terminar	11	9,17
Primario terminado	6	5,00
Secundario terminada	55	45,83
Preuniversitario terminado.	30	25,00
Universitario.	18	15,00
Total.	120	100,00

Analizando la información mostrada en Cuadro N° 2 se puede apreciar que el nivel escolar que predomina entre los participantes de la intervención es el secundario terminado con el 45,83% de los participantes, seguido del preuniversitario con el 25,00%. Estos datos no se corresponden con los resultados encontrados en otros estudios en Venezuela años atrás donde el nivel primario era el de mayor frecuencia poniéndose de manifiesto el alto nivel de escolarización que ha alcanzado la población después del Plan **YO SI PUEDO** y la intervención de las misiones Educativas Robinson y de salud Barrio Adentro.

Cuadro N° 3. Distribución de los hipertensos según el tiempo de evolución de la enfermedad.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	N°	%
Menos de 5 años.	24	20,00
De 5 a 9 años.	36	30,00
De 10 a 15 años.	34	28,33
Más de quince años.	26	21,67
Total.	120	100,00

En el Cuadro N° 3 se muestra el tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico de los pacientes como hipertensos hasta el momento de inicio de la intervención. Como puede apreciarse predominan los que se encuentran entre 5 y 9 años representando el 30,00%. Se plantea que a medida que transcurre el tiempo de evolución de la enfermedad estos pacientes se hacen más difíciles de manejar en el seguimiento en consulta. Este fenómeno debía ser inverso pues es en este periodo cuando el paciente debía tener una mayor percepción del riesgo de su enfermedad.

(5, 6, 9) Ver anexo N° 5

Cuadro N° 4. Distribución de los hipertensos según presencia de hábitos tóxicos.

PRESENCIA DEL HÁBITO	HÁBITO TÓXICO			
	HÁBITO DE FUMAR		ALCOHOLISMO	
	N°	%	N°	%
Si	30	25,00	78	65,00
No	90	75,00	42	35,00
Total	120	100,00	120	100,00

En el cuadro N°4 se aprecia que el alcoholismo con el 65,00% es el hábito de mayor aporte y que el tabaquismo aunque con un no despreciable 25,00% ocupa la segunda posición. Ver anexo N° 6

El abandono del tabaco es probablemente la medida de estilos de vida más importante para la prevención de las enfermedades cardio y no cardiovasculares. Quienes lo abandonan antes de una edad media tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores. Aunque los efectos crónicos del tabaco en la presión arterial son pequeños, y el abandono del mismo no baja la presión arterial, el riesgo cardiovascular total aumenta claramente por el tabaco. Por lo tanto, los hipertensos fumadores deben ser aconsejados para el abandono del tabaco. Datos recientes sugieren que el fumar puede interferir con el efecto beneficioso de agentes antihipertensivos como los beta bloqueadores (24-27).

Hay una relación lineal entre el consumo de alcohol, los niveles de presión arterial y la prevalencia de hipertensión poblacional. (28) Más aún, los niveles altos de

consumo de alcohol están asociados con un alto riesgo de ictus, particularmente en grandes bebedores. El alcohol atenúa el efecto de la terapia antihipertensiva, pero sus efectos son al menos parcialmente reversibles en 1 ó 2 semanas con la moderación en la bebida alrededor del 80%. Los bebedores fuertes (5 ó más bebidas estándar al día) pueden experimentar un aumento de la presión arterial después de un consumo agudo, y son diagnosticados con mayor probabilidad como hipertensos en los primeros días de la semana si han bebido bastante el fin de semana. En consecuencia los hipertensos bebedores de alcohol deben ser aconsejados para limitar su consumo a no más de 20-30 g de etanol/día en varones y no más de 10-20g etanol/día en mujeres. (17, 29, 30-32)

Cuadro N° 5. Distribución de pacientes según la necesidad de acudir al cuerpo de guardia en los últimos 12 meses con diagnóstico de urgencia hipertensiva.

NECESIDAD DE ACUDIR AL CUERPO DE GUARDIA	N°	%
Una sola vez.	14	11,67
De 2 a 4 veces.	46	38,33
Más de 4 veces.	60	50,00
Total.	120	100,00

La Cuadro N° 5 nos ofrece una información de gran valor a la hora de emitir un criterio sobre estos pacientes.

Si nos detenemos a analizar la misma observamos que casi la mitad de estos pacientes (48.33%) han necesitado acudir al cuerpo de guardia del hospital más de cuatro veces en los últimos 12 meses, lo que nos hace pensar que ha ocurrido un fallo en alguno de los pilares del tratamiento en su enfermedad que pudieron ser resueltos o al menos regulados en las consultas de seguimiento, evitando así la afluencia al cuerpo de guardia de estos pacientes con el diagnóstico de una urgencia hipertensiva que aunque no supone daño de órganos dianas si sería la antesala de la emergencia hipertensiva con el consecuente deterioro de la calidad de vida del paciente.(33)

Cuadro N° 6. Respuestas de los hipertensos sobre la enfermedad antes y después de la intervención educativa.

INTERROGANTES	CATEGORÍA	ANTES		DESPUÉS	
		No	%	No	%
¿Qué es la Hipertensión Arterial?	Una enfermedad	112	93,33	25	20,83
	Un factor de Riesgo.	6	5,00	1	0,83
	Una enfermedad y a la vez un factor de riesgo	2	1,67	94	78,33
¿Cuáles son las principales enfermedades con que se complica la Hipertensión Arterial?:	Infarto del Miocardio.	89	74,17	118	98,33
	Sepsis Urinaria	6	5,00	1	0,83
	Angina de Pecho.	96	80,00	119	99,17
	Asma Bronquial	13	10,83	2	1,67
	Trombosis Cerebral	18	15,00	102	85,00
	Insuficiencia Renal.	2	1,67	16	13,33
	Edema agudo del pulmón	52	43,33	89	74,17

En el Cuadro N° 6 acerca de los conocimientos sobre la enfermedad antes y después de la intervención educativa, observamos que el 93.33 % de los pacientes encuestados respondió que era una enfermedad y solo un 1.67 % manifestaron que era una enfermedad y a la vez un factor de riesgo de otras enfermedades, luego

en un segundo momento (después), el 78.33 % manifestó que era una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades lo que hace muy útil esta apreciación si tenemos en cuenta que ya no solamente la verán como una enfermedad sino como factor de riesgo prevenible ante otras enfermedades y más probabilidades tendremos de tener éxito ante las complicaciones.(34, 35)

En lo referente a cuáles son las principales enfermedades con que se complica la Hipertensión Arterial, antes de la intervención la enfermedad a la que más peso se asignaron fue a la Angina de pecho seguida del Infarto Agudo de Miocardio con el 80.00 y el 74,17% respectivamente, llama la atención que la Insuficiencia Renal Aguda solo la reconoce el 13.33 % de los encuestados. Después de la intervención los valores aumentaron considerablemente, volviendo a ser las de mayor frecuencia la Angina de pecho (99.17%) y el Infarto Agudo de Miocardio con el 98.33%, seguido de la Trombosis Cerebral y el Edema Agudo del Pulmón.

Tabla N° 7. Respuestas de los hipertensos a las interrogantes sobre el estilo de vida antes y después de la intervención educativa.

INTERROGANTES	CATEGORÍA	ANTES		DESPUÉS	
		No	%	No	%
Su dieta debe ser:	Rica en carbohidratos	4	3,33	5	4,17
	Rica en proteínas	78	65,00	9	7,50
	Rica en grasas	4	3,33	1	0,83
	Balanceda	34	28,33	105	87,50
Cantidad de comida que come:	Un plato bien lleno.	20	16,67	6	5,00
	Un plato normal.	93	77,50	114	95,00
	Dos platos.	5	4,17	0	0,00
	Más de dos platos	2	1,67	0	0,00
¿Qué debemos hacer para mantener una actividad física adecuada?	Montar bicicleta.	16	13,33	10	8,33
	Realizar ejercicios orientados con fisioterapeuta.	28	23,33	105	87,50
	Caminatas a manera de paseos.	28	23,33	3	2,50
	Deportes sin un alto nivel de esfuerzo.	48	40,00	2	1,67
El tratamiento de la HTA debe tomarse:	Tomar diariamente	85	70,83	120	100,00
	Tomar a la misma hora	30	25,00	0	0,00
	Solo cuando se siente mal	5	4,17	0	0,00

En el cuadro N° 7 que se refiere al estilo de vida, en el acápite referido a la dieta que debe seguir el hipertenso solo un 28,33 % de los encuestados concordó que

debe ser una dieta balanceada, y el 65,00% defendió la dieta rica en proteínas y el resto abogo por los carbohidratos y las grasas en la dieta, ya después de la intervención estos criterios se revirtieron a favor de la dieta balanceada con un 87.50% a su favor. Cuando se les cuestiono acerca de la cantidad de las comidas un 77.50 % y 95,00 respectivamente manifestó que comía un plato normal. En algunos de los estudios que se han realizado en el país se observa una tendencia marcada del consumo de dietas ricas en grasas sobre todo animal factor este que conlleva a la dislipidemia y por consiguiente a la obesidad que en conjunto con la HTA son factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (34)

Los hipertensos deben ser aconsejados para consumir más frutas y verduras y reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol. (17) Las grasas están constituidas por mezclas de ácidos grasos saturados e insaturados, variando su proporción de unos a otros. Cuando se excede el consumo de ácidos grasos saturados favorece que se eleven los niveles de colesterol en el organismo, aumenta el riesgo de la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares y otras no trasmisibles.

La mayoría de las grasas saturadas son de origen animal y se encuentran en alimentos como la mantequilla, la manteca, el queso, la crema de leche y la grasa de la carne. Se encuentra también en algunos aceites vegetales como el de palma y coco. Se recomienda restringir la ingesta diaria de ácidos grasos saturados hasta menos del 10% de la ingesta energética diaria y hasta menos del 7% los grupos de alto riesgo.

El colesterol dietético tiene un impacto significativo sobre las concentraciones de colesterol total sérico, aunque su efecto es menor que los cambios que produce la ingestión de ácidos grasos saturados. El colesterol se encuentra en alimentos de origen animal; los más ricos en éste son las vísceras, principalmente el riñón de cerdo, hígado de pollo, res y cerdo y corazón de cerdo y res. (13)

Disímiles son los factores que en nuestro medio inducen el consumo de manera excesiva de grasas de origen animal, éstos van desde cuestiones culturales hasta razones económicas.

Por otra parte en lo que se respecta a la actividad física los encuestados respondieron que realizar deportes sin un alto nivel de esfuerzo y los ejercicios orientados por el fisioterapeuta y las caminatas eran las de mayor importancia con el 40,00 y el 23.33 %, después de las sesiones de intervención educativa el 87,50 % sugirió que los ejercicios orientados por el fisioterapeuta era la formas correctas de mantener una actividad física adecuada.

La forma física es un fuerte predictor de la mortalidad cardiovascular independiente de la presión arterial y otros factores de riesgo (32). Así, debe advertirse a los pacientes sedentarios para adoptar niveles modestos de ejercicios aeróbicos de forma regular, como el paseo, carrera, natación 30-45 min., 3 ó 4 veces a la semana. (33)

La extensión de la evaluación previa al entrenamiento dependerá del mismo programa de entrenamiento y de los signos y síntomas del paciente, sobre todo el riesgo cardiovascular y las condiciones clínicas asociadas. El exceso de grasa corporal predispone a la hipertensión arterial. La reducción de peso baja la presión arterial en pacientes con sobrepeso y tienen efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo asociados como la resistencia a la insulina, diabetes, hiperlipidemia e hipertrofia ventricular izquierda. Los efectos de la bajada de presión arterial con la reducción de peso pueden ser mejorados con el incremento del ejercicio físico sistemático. (35-37)

El ejercicio físico moderado puede bajar la presión sistólica sobre 4-8 mmHg (34). Sin embargo el ejercicio isométrico fuerte como levanta pesas puede tener un efecto presor y debe ser desaconsejado. Si la tensión arterial es poco controlada y siempre en hipertensos severos, el ejercicio físico duro deberá ser desaconsejado o pospuesto hasta que se instaure un adecuado tratamiento farmacológico y haya demostrado ser efectivo. (38, 39)

La constancia en el cumplimiento de tratamiento fue otro de los aspectos abordados y en ambos momentos los encuestados estuvieron de acuerdo que tomar diariamente los medicamentos era importante en el control de su enfermedad con un 7,83% antes de la intervención y un 100.00% después de la misma.

El fallo al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. Es bien sabido que la adherencia al tratamiento es un proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y en sus características psicológicas y sociales. Por lo que los estudiosos de esta materia han comprendido que la misma es una piedra angular en el control de la enfermedad; sin embargo, es conocido que cerca del 50 % de los pacientes son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario, y de llevar correctamente el tratamiento con fármacos por más de 1 año. (25, 33, 40, 41)

Los modelos conductuales sugieren que las terapias prescritas por la mayoría de los médicos controlarán la HTA solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables. La motivación mejora si los pacientes tienen experiencias positivas con sus médicos y confían en ellos. La empatía aumenta la confianza y es un potente motivador. La actitud de los pacientes está fuertemente motivada por diferencias culturales, creencias y experiencias previas con el sistema de atención de salud.

Médico y paciente deben ponerse de acuerdo sobre los objetivos de la presión arterial. Es importante una estrategia centrada en el paciente para comprender el objetivo y una estimación del tiempo necesario para conseguirlo.

La no adherencia de los pacientes a la terapia se incrementa por desconocimiento de las condiciones del tratamiento, por negación de la enfermedad, por desconocimiento de los síntomas o percepción de los fármacos como símbolos de

salud / enfermedad, por falta de implicación del paciente en el plan de acción o por expectativas adversas sobre los efectos de la medicación. (6)

Crespo Tejero N, Rubio Franco V J. de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (23); en el estudio exploratorio Factores moduladores de la adherencia farmacológica en la hipertensión arterial determinaron que en la atención primaria el 89,8% de los pacientes consumía de manera correcta el tratamiento farmacológico; aunque el 36,8% de la muestra ha dejado de tomar la medicación en alguna ocasión. Siendo las principales causas de falta de adherencia el olvido, la falta de síntomas y la falta de amenaza de la enfermedad

Se les preguntó su opinión de forma cualitativa de la importancia que para ellos tenía esta consulta y agregaron que uno de los factores que contribuye a que la mayoría de las veces no acudieran a consulta consistía en que el médico solo les tomaba la tensión, los pesaba y no le hacían indicaciones precisas sobre como marchaba su patología por lo que por eso acudía al cuerpo de guardia de forma fortuita o cuando se sentían mal.

Es importante señalar un aspecto que es de capital importancia al respecto: La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida y aunque al Médico de Familia, como vigilante de la salud, le corresponde 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, lo dotaremos de un arma de inestimable valor en su control poblacional.

Cuadro N° 8: Nivel de conocimientos general de los hipertensos antes y después de la implementación de la intervención. n= 120

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ADECUADO	34	28,33	112	93,33
INADECUADO	86	71,67	8	6,67
TOTAL	120	100.00	120	100.00

n=120

 $\alpha = 0.05$ $|T_{obs}| = 21,02$

p = 0.003

En el Cuadro N° 9 se resumen los resultados del nivel de conocimientos general de los hipertensos antes y después de la intervención como se puede observar al momento inicial (antes) se constató que el nivel de conocimientos de los hipertensos era inadecuado con el 71,67%. Ya en un segundo momento luego de aplicado el programa educativo el 93,33 % alcanzaba un nivel adecuado, y sólo 6,67% (8) permanecieron con nivel inadecuado. Ver anexo N°7

Cuando realizamos el análisis estadístico de los datos obtuvimos que la media de las calificaciones para el momento antes de la intervención fue de 63,22 clasificando en la categoría de nivel de conocimiento inadecuado, ya en la evaluación, después de la intervención se logró alcanzar la categoría adecuado con una media de 95,78.

ESTADÍSTICOS	ANTES	DESPUÉS
MEDIA	63,22	95,78
DESVIACIÓN TÍPICA	21,88	9,15
IC PARA LA MEDIA	[61,37 ; 64,76]	[95,26 ; 97,29]

IC: Intervalo de confianza.

Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p=0.003$; este resultado es menor que el nivel de significación utilizado

$\alpha = 0.05$, y como ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula (H_0), que se refuerza cuando observamos los intervalos de confianza calculados donde la media se encuentra dentro del intervalo y afirmamos con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos y para los efectos de la investigación la intervención educativa aplicada fue efectiva para elevar el nivel de información y se cumplió con el objetivo propuesto.

Conclusiones

CONCLUSIONES

De los hipertensos encuestados el mayor porcentaje recayó en el grupo de 50 a 59 años de edad con predominio del sexo masculino. El tiempo de evolución de la enfermedad en general está entre los 5 y 9 años. El alcoholismo resultó ser el hábito tóxico que más frecuente se presenta, aunque el hábito de fumar exhibe porcentaje no despreciable.

La mitad de los hipertensos ha necesitado servicios de cuerpo de guardia más de cuatro veces en el año.

El nivel de conocimiento de los hipertensos sobre la enfermedad y el estilo de vida después de la implementación de la intervención educativa se elevó pues al inicio era inadecuado, considerándose que la misma es efectiva para adquirir información.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- ✚ Hacer extensivo este trabajo de intervención comunitaria a otras áreas del municipio, para contribuir a la educación de los pacientes hipertensos y de esta manera disminuir la incidencia de las complicaciones derivadas de la enfermedad.
- ✚ Diseñar los criterios de evaluación del impacto del trabajo educativo a largo plazo, para definir la verdadera eficacia de la misma.

Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez H, Aguilera O, Abiague Z, González MR, Hornedo MT. Terapéutica antihipertensiva en tres consultorios médicos. Reparto "Antonio Guiteras". Bayamo. 2007-2009. Rev Cubana Farm 2002; 36(supl 2): 280-2.
2. Castro G, Gutiérrez T, Silva JA. Evaluación de la terapéutica en urgencias hipertensivas en PPU. Municipio Caimanera. 1er semestre 2008. Rev Cubana Farm 2002; 36(supl 2): 267-70.
3. Franco A, Silva JA, Soto O, Franco A. Prescripción de la nifedipina tabletas en el área de salud Emilio Daudinot. Municipio Guantánamo. 2001. Rev Cubana Farm 2002; 36(supl 2): 263-5.
4. Durán M, López F, García S. Comportamiento de la prescripción y uso de atenolol en una población de hipertensos. Rev Cubana Farm 2002; 36(supl 2): 254-6.
5. Pérez Caballero D, Cardíes Jackson L, Vázquez Vigoa A, Serrano Verdura C. Programa Nacional de Prevención, diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Guía para la atención médica. MINSAP; 2004. URL disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guía_cubana_de_atención_médica_la_hta_.pdf
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HL, Cushman WC, Green LE, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of the High Blood Pressure. JAMA 2003; 289(19): 2560-72.
7. Martín EJC, Simal BF, Carretero AL, Bellido CJ, Arzúa M D, Mena M FJ et al. Prevalencia grado de detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en población general. Estudio Hortega. Hipertensión 2008; 20(4):148-154.

8. Gifford RW. Hipertensión arterial En: Manual Merck. 10 ed. Madrid: Harcourt; 1999.
9. Williams GH. Vasculopatía hipertensiva. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson Sd, Martín JB, Kasper D, eds. Harrison Principios de medicina interna. 14 ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2008.p. 1574-89.
10. Furones Mourelle JA. Hipertensión Arterial En Morón Rodríguez FJ. Farmacología Clínica. La Habana: Ciencias Médicas; 2008 p133.
11. De la Llera Suárez E, Álvarez Síntes R. Modo, condiciones y estilos de vida. En Álvarez Síntes R. Medicina General Integral, volumen I. 2ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p 75- 81.
12. Barkis BL. Hipertensión arterial. En: Beer MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. 11ª edición española. Madrid: Elsevier España; 2007. pp649-654.
13. Céspedes Lantigua LA, Castaner Herrera JF, Montano Luna JA. Afecciones cardíacas. En: Álvarez Síntes R. Medicina General Integral, volumen II. 2ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. pp75-81.
14. Pérez Caballero MD, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Vázquez Vigoa A. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ciencias Médicas; 2008 pp 13-22.
15. Benowitz NL. Antihypertensive Agents. En Katzung BG, ed. Basic & Clinical Pharmacology. 8va ed. New York: MacGraw Hill; 2009.p.115-81.
16. López Y, Silva J. Evaluación económica del consumo de nifedipina en el municipio Imías en el año 2010. Rev Cubana Farm 2002; 36(supl 2): 248-50.
17. Santiago L, Sánchez I, Ramírez A. Hábitos de prescripción en la terapia de la hipertensión arterial. Rev Cubana Farm 2002; 36(supl 2): 240-1.

18. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension, *J. Hypertens*, 21 : 1011-1053, 2003.
19. Alfonso Guerra, J. P. Hipertensión Arterial en la atención primaria de salud. Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana. 2010.
20. Ministerio de Salud Pública (2006): Anuario Estadístico, <http://www.sld.cu/sitios/dne>. [Consultado mayo 2010]
21. Portales Marzán E. Modificación de conocimientos sobre HTA en pacientes del CMF El 95 Baraguá (Tesis para optar por el título de Master en Urgencias Médicas en APS). Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba; 2008.
22. Ñandú Antomarchi L. Modificación de conocimientos sobre las complicaciones de la HTA en adultos mayores CMF 28. Policlínico José Martí. (Tesis para optar por el título de Máster en Urgencias Médicas en la APS). Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba; 2009.
23. Bayarre H, Oliva Maritza, Horsford R, Ranero V, Coutin Gisele, Díaz G, et al. Estudios Cuasi-experimentales. En: Metodología de la Investigación. La Habana: ENSAP; 2004. Cap 3. p.190-219.
24. Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, López Rodríguez VJ. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH. La Habana: MINSAP –PNUD; 2009.
25. Crespo Tejero N, Rubio Franco V J, Casado Morales M I, Sánchez-Martos, Campo Sien C. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en la hipertensión arterial. *HIPERTENSIÓN*, VOL. 17 NUM 1, 2008
26. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observational study on male British doctors. *BMJ* 2008; 309:901-911. OS.

27. Primatesa P, Falaschetti E, Gupta S, Mármol MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. *Hypertension* 2008; 37: 187-193. OS.
28. The IPPPSH Collaborative Group Cardiovascular risk and risk factors in a randomized trial of treatment based on the beta-blocker oxprenolol: the International Prospective Primary Prevention Study in Hypertension. 2009.
29. Varona Pérez P, Fernández Larrea N, Bonet Gorbea M, García Roche RG, Ibarra Salas AM, Chang de la Rosa M. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. 2000; 16(3):221-6.)
30. Puddey IB, Beilin LJ, Rakie U. Alcohol hypertension and the cardiovascular system: a critical appraisal. *Addiction Biol* 2007; 2: 159-170.
31. Wannamethe SG, Shaper AG. Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle aged British men. *Stroke* 2006; 27: 1033-1039 OS
32. Fernández Olazábal P, Louro Bernal I, Hernández Mandado P. Evaluación de un programa de intervención educativa para familias de alcohólicos en rehabilitación. 1998; 14(3):213-7.
33. Sellén CJ. Manual de Hipertensión Arterial - I. Ciencias Médicas, La Habana 1997; 1-56.
34. Tarazón Miclín O, Katuska Ragolta Mógrave K, Rafael Laborí Ruiz R. Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad. *MEDISAN* 2009; 13(6)
35. Sandwich L, Erikssen J, Thaulow E, Erikssen G, Mundal R, Rodahl K. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle- aged Norwegian men. *N Engl J Med* 2007; 328: 533-537. OS
36. Jennings GL, Exercise and Blood Pressure: Walk, run or swim? *J Hypertens* 1997; 15: 567-569. RV.

37. Fagard RH. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sport and Exerc* 2001; 33 (suppl):S484-s492. RV.
38. Reid CM, Dart AM, Dejar EM, Jennings GL. Interactions between the effects of exercise and weight loss on risk factors, cardiovascular haemodynamic and left ventricular structure in overweight subjects. *J Hypertens* 1994; 12: 291-301. OS
39. Ochoa Soto R, Pérez Pérez F. Manual de técnicas participativas. La Habana: MINSAP- PNUD. 2008.
40. Roca Goderich R, Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J. Temas de Medicina Interna. Tomo 1. 4ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. pp 74-79.
41. Tosar Pérez MA, Álvarez Díaz TA. Medicina natural y tradicional en la Atención primaria de salud En Álvarez Síntes R. Medicina General Integral, volumen I. 2ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p 75- 81.

Aneiros

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMPAÑERO (A) PACIENTE:

Estamos haciendo una investigación sobre la Hipertensión Arterial, con el objetivo de elevar nuestros conocimientos sobre el tema y para mejorar la atención que le brindamos a usted y sus vecinos, siendo seleccionado para participar en la misma.

Necesitamos saber si usted está de acuerdo en participar, lo que debe expresar en este documento.

GRACIAS.

ESTA DE ACUERDO:

___ SI.

___ NO

Firma: _____

ANEXO N°2

ENCUESTA

INTERVENCION EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL MUNICIPIO MARACAIBO DURANTE EL PERIODO ENERO DE 2012 HASTA DICIEMBRE DE 2012.

Le agradecemos su participación en la investigación, esperamos que sea sincero(a) al responder a las preguntas.

INSTRUCCIONES. Solo debe marcar con una x la o las respuestas que considere correctas.

DATOS GENERALES

1.- Edad:

1.1 ___ 20 – 29 años.

1.2 ___ 30 – 39 años.

1.3 ___ 40 – 49 años.

1.4 ___ 50 – 59 años.

1.5 ___ 60 – 69 años.

1.6 ___ 70 y más años.

2.- Sexo.

2.1 ___ Masculino.

2.2 ___ Femenino.

3.- Nivel de Escolaridad.

3.1 ___ Primario.

3.2 ___ Secundario.

3.3 ___ Preuniversitario.

3.4 ___ Universitario.

4.- Tiempo que hace que es Hipertenso:

- 4.1 ____ Menos de un año.
- 4.2 ____ De uno a cinco años.
- 4.3 ____ De seis a diez años.
- 4.4 ____ De once a quince años.
- 4.5 ____ Más de quince años.

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

5.- La Hipertensión Arterial es:

- 5.1 ____ Una enfermedad.
- 5.2 ____ Un factor de Riesgo.
- 5.3 ____ Una enfermedad y a la vez un factor de riesgo.

6.- ¿Cuáles son las principales enfermedades con que se complica la Hipertensión Arterial?:

- 6.1 ____ Infarto agudo del miocardio.
- 6.2 ____ Sepsis urinaria
- 6.3 ____ Trombosis Cerebral.
- 6.4 ____ Asma bronquial
- 6.5 ____ Angina de Pecho.
- 6.6 ____ Calculo del riñón
- 6.7 ____ Insuficiencia Renal.
- 6.8 ____ Edema Agudo del Pulmón.

7.- La dieta se considera uno de los pilares fundamentales en el control de la Hipertensión arterial por ello su dieta debe ser:

- 7.1 ____ Rica en carbohidratos (pan, dulces de harina)
- 7.2 ____ Rica en proteínas (carne de pollo, jamón, embutidos)
- 7.3 ____ Rica en grasas (carne de cerdo, hígado, lacón)
- 7.4 ____ Distribuir de forma balanceada cada uno de los anteriores en las comidas.

8.- ¿Qué debemos hacer para mantener una actividad física adecuada?

- 8.1 ____ Montar bicicleta.

8.2 ____ Realizar ejercicios orientados por fisioterapeuta.

8.3 ____ Caminatas a manera de paseos.

8.4 ____ Deportes sin un alto nivel de esfuerzo.

9.- El tratamiento de la Hipertensión Arterial se debe:

9.1 ____ Tomar diariamente.

9.2 ____ Tomar a la misma hora.

9.3 ____ Solo cuando se siente mal.

10.- En los últimos 12 meses cuantas veces ha necesitado acudir usted al cuerpo de guardia del hospital por cifras de tensión elevadas en:

10.1 ____ Una sola vez

10.2 ____ De 2 a 3 veces

10.3 ____ Mas de 3 veces

11.- ¿Por qué cree usted que es importante la consulta de seguimiento de su enfermedad? Explique

ANEXO N°3

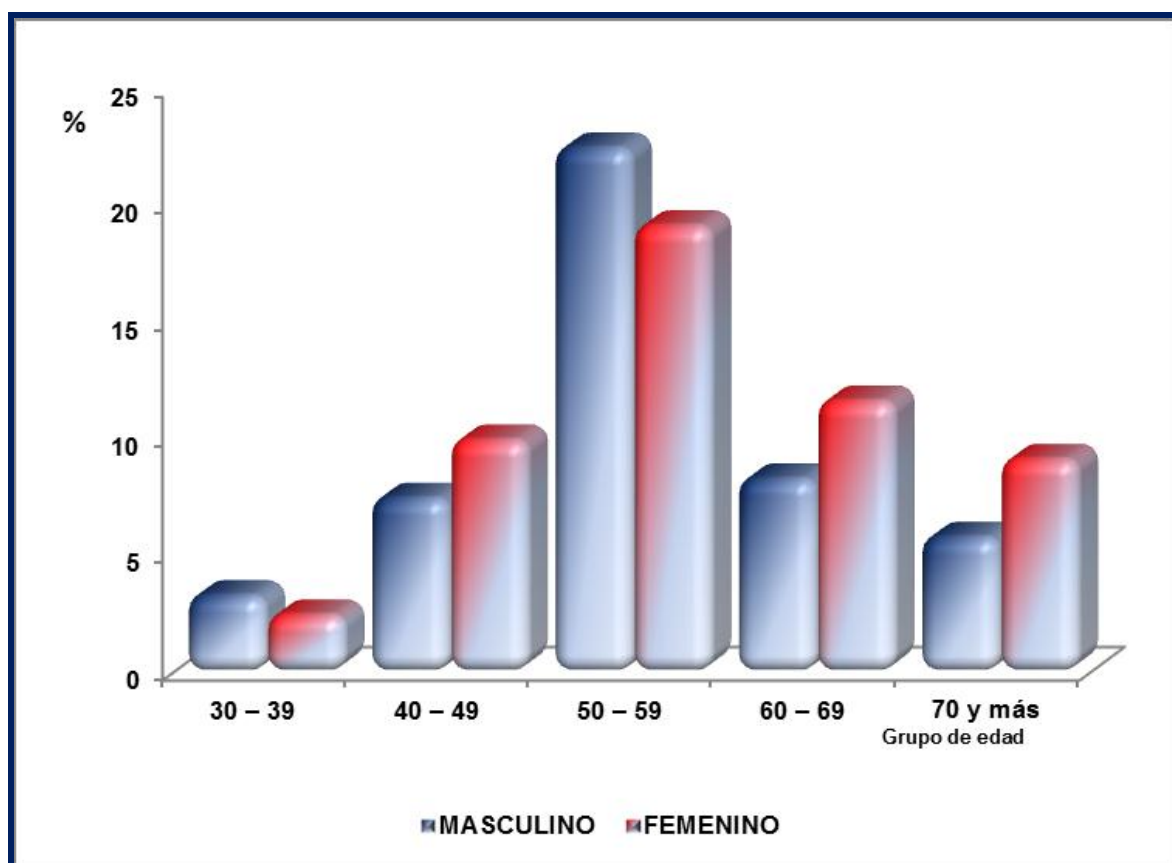
TEMA	OBJETIVOS	TIEMPO	TÉCNICA PARTICIPATIVA	MEDIOS	RESPONSABLE
1. Constitución de la escuela	Dar inicio a la escuela Presentación formal de los participantes	1:30h	El solapín	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro	Investigadores
2. ¿Qué es la HTA?	Dar a conocer a los pacientes en que consiste la HTA Mostrar la técnica de la toma de la TA.	1:30h	Árbol de problemas	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro	Médico
3. Control del peso corporal y educación nutricional	Lograr que al final de la clase los pacientes sean capaces de reconocer el sobrepeso y la obesidad como nocivos a la salud del hipertenso	1:30h	Lluvia de ideas	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro Papelógrafo Lápices de colores	Médico y dietista.
4. Reducción del consumo de sal	Lograr que al final de la clase los pacientes sean capaces de reconocer como nocivo para su salud el consumo excesivo de sal de sodio.	1:30 h	Lluvia de ideas. Lectura comentada	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro Papelógrafo Lápices de colores	Médico

5. Incremento de la actividad física	<p>Demostrar la importancia de la actividad física en el tratamiento de la HTA.</p> <p>Mostrar los principales ejercicios que pueden llevar a cabo los pacientes hipertensos para su tratamiento</p>	1:30 h	<p>Lluvia de ideas.</p> <p>Vídeo-debate.</p>	<p>Papel blanco</p> <p>Estetoscopio</p> <p>Esfigmomanómetro</p> <p>Televisor y vídeo.</p>	<p>Médico</p> <p>Profesor de cultura física</p>
6. Disminución del consumo de alcohol	<p>Lograr que al final de la clase los pacientes sean capaces de reconocer como nocivo para su salud el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.</p>	1:30h	Vídeo-debate.	<p>Papel blanco</p> <p>Estetoscopio</p> <p>Esfigmomanómetro</p> <p>Televisor y vídeo</p> <p>Papelógrafo</p> <p>Lápices de colores</p>	<p>Médico y Promotora de salud</p>
7. Eliminación del hábito de fumar	<p>Demostrar la influencia negativa del hábito de fumar en la evolución del paciente hipertenso.</p>	1:30h	<p>Lluvia de ideas.</p> <p>Lectura comentada</p>	<p>Papel blanco</p> <p>Estetoscopio</p> <p>Esfigmomanómetro</p>	Médico
8. Control del stress	<p>Lograr que al final de la clase los pacientes sean capaces de reconocer el stress como nocivo para su salud.</p>	1:30h	Socio drama	<p>Papel blanco</p> <p>Estetoscopio</p> <p>Esfigmomanómetro</p>	Médico

9.Tratamiento farmacológico de la HTA	Demostrar la importancia del cumplimiento estricto del tratamiento farmacológico.	1:30h	Vídeo-debate	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro Televisor y vídeo	Médico
10. Alternativas de tratamiento de la HTA. MNT	Mostrar las alternativas de tratamiento de la HTA. Explicar la relevancia de la MNT	1:30h	Exposición	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro	Médico
11.Complicaciones de la HTA	Explicar las principales complicaciones de la enfermedad y los factores desencadenantes	1:30h	Lluvia de ideas.	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro Televisor y vídeo	Médico
12. Conclusiones del curso	Realizar un resumen de los temas impartidos	1:30h	Lluvia de ideas	Papel blanco Estetoscopio Esfigmomanómetro Televisor y vídeo Papelógrafo Lápices de colores	Médico

ANEXO N° 4

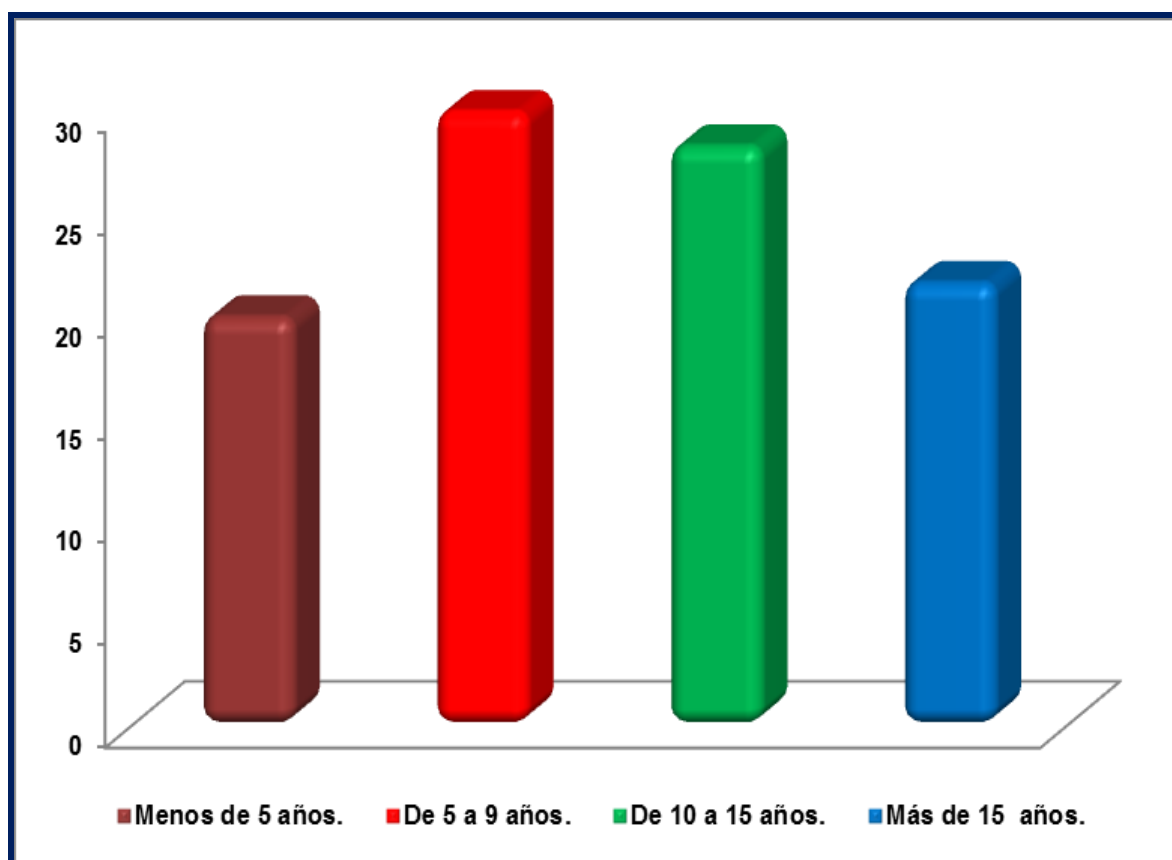
Gráfico N° 1: Distribución de los hipertensos de acuerdo al grupo de edad y sexo.



Fuente: Cuadro N°1.

ANEXO N° 5

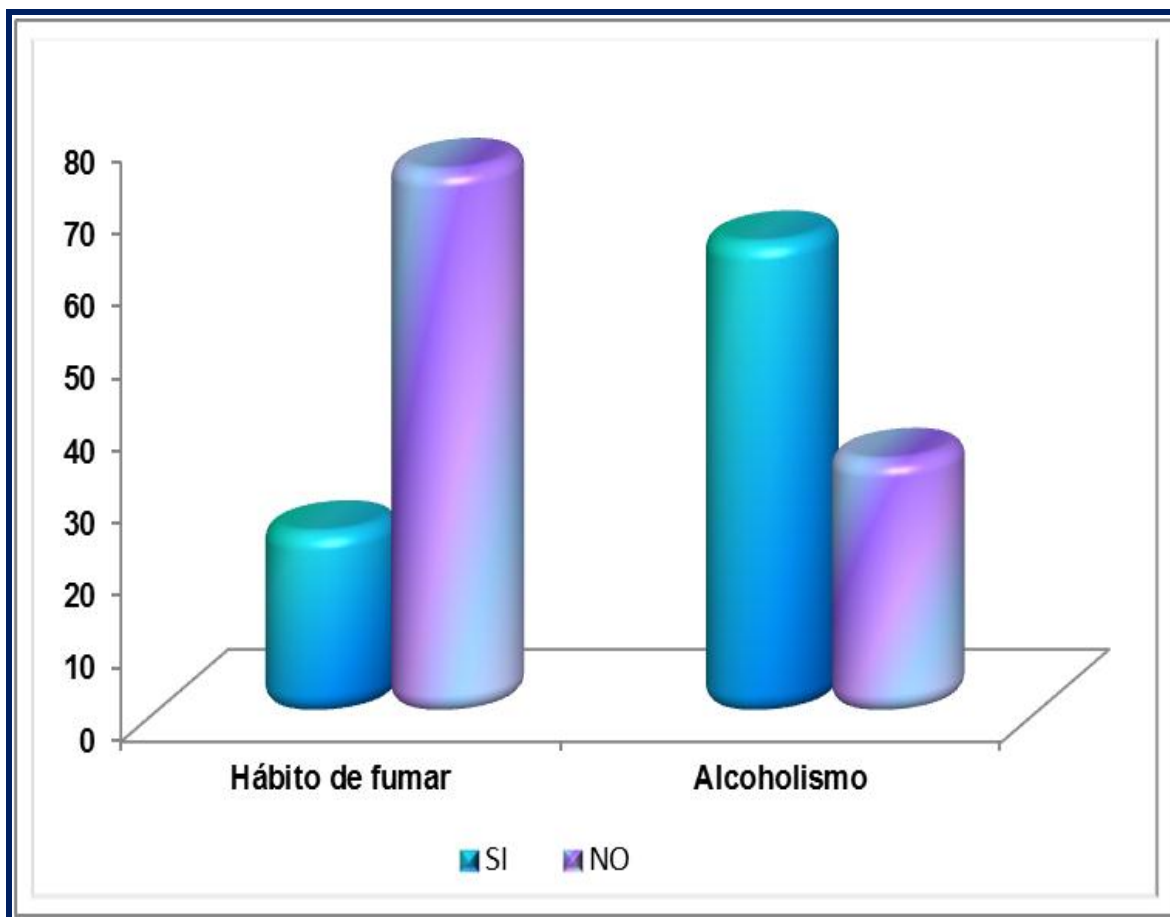
Gráfico N° 2. Distribución de los hipertensos según el tiempo de evolución de la enfermedad.



Fuente: Cuadro N° 3.

ANEXO N° 6

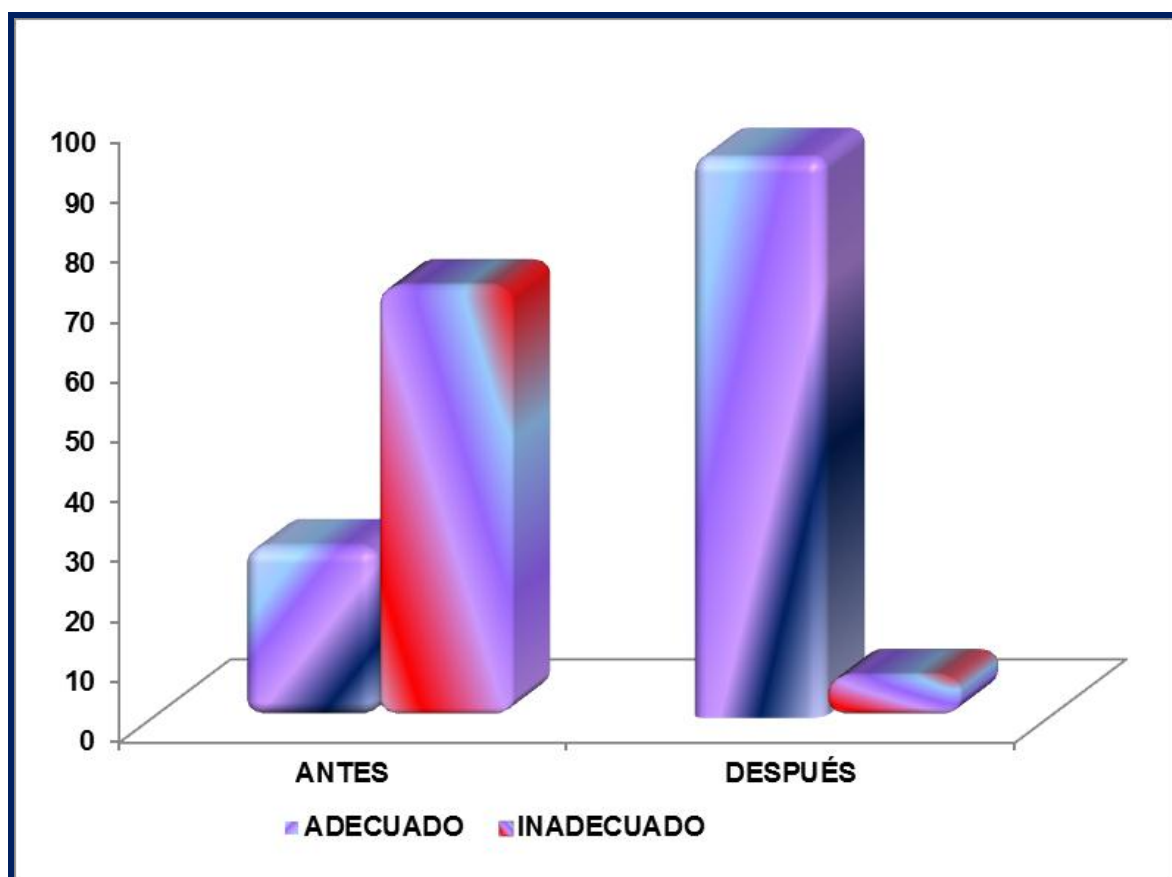
Gráfico N° 3. Distribución de los hipertensos según presencia de hábitos tóxicos.



Fuente: Cuadro N° 4.

ANEXO N° 7

Gráfico N° 4: Nivel de conocimientos general de los hipertensos antes y después de la implementación de la intervención.



Fuente: Cuadro N° 8.