



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

DR. JOSÉ ASSEF YARA.

ASIC DOÑA INES DE ZAVALA

**Título del Consultorio Médico Popular de la Parroquia Bariro del
municipio Buchivacoa.**

AUTOR: Dra. Leidy Nazco García

Residente de MGI.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

DR. JOSÉ ASSEF YARA.

ASIC DOÑA INES DE ZAVALA DE REYES

Estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de Hipertensión Arterial del CMP 16 en el municipio Buchivacoa.

Autor: Dra. Leidy Nazco García

Residente de MGI.

Tutor: Dra. Liliana Torres Matos.

Especialista en Medicina General Integral.

BOLIVIA

2014

INDICE:

| | |
|---------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| MATERIAL Y METODO..... | 21 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 26 |
| CONCLUSIONES..... | 31 |
| RECOMENDACIONES..... | 32 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 33 |
| ANEXOS..... | 36 |

Pensamiento.

“En la esfera de la Salud, “... no hay que andar pregonando, lo importante es hacer las cosas y que lo que se hace funcione adecuadamente...”

Fidel Castro Ruz

AGRADECIMIENTOS:

Le doy gracias a la revolución por haberme dado esta inmensa oportunidad de poder convertirme en un Médico más de esta Revolución y sobre todas las cosas por haber depositado tanta confianza en nuestro destino y sacrificios.

A todas aquellas personas que de una forma u otra influyeron en mi de manera positiva y sincera, que, aunque algunos estén en el anonimato, nunca los olvidaré, a mis padres, que me dieron la fuerza y el apoyo para seguir adelante y sin mirar atrás, y que, por ser un ejemplo para ellos, he llegado hasta donde estoy hoy. En fin, a todos.

Dedicatoria:

Dedico este trabajo a mi madre por su dedicación que me brindó para formarme como Médica, así como a mis compañeros, colectivos de profesores, a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron a la realización de este trabajo.

RESUMEN:

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica que afecta a la población y constituye uno de los principales factores de riesgo de muerte en el mundo. La educación de los pacientes debe ir encaminada a hábitos de vida saludables que permitan la disminución de nuevos casos. A pesar de las estrategias actuales, aún constituye un problema de salud la aparición de casos nuevos de HTA pues provoca un gran impacto en el individuo, la sociedad y la economía. No hay un conocimiento total de los factores de riesgo asociados a dichas enfermedades en la población del municipio Bolivia lo que hace imprescindible implementar acciones preventivas y de control sobre sólidas bases científicas.

Teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de la Hipertensión Arterial en los jóvenes entre 15 y 35 años en el (CMP 16) en Parroquia Bariro en el municipio Buchivacoa se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa con el fin de incrementar los conocimientos sobre los factores de riesgo de la HTA. Terminada la intervención educativa, los pacientes tuvieron un incremento del nivel de conocimiento en las temáticas relacionadas con la Hipertensión arterial, el hábito de fumar como principal factor de riesgo para padecer de HTA, el sexo, la raza, el alcoholismo y la Diabetes Mellitus como elementos que favorecen la aparición de la enfermedad y de la importancia de buenos hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico como formas de prevención de la misma.

Palabras claves: Hipertensión arterial

INDICE:

| | |
|---------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| MATERIAL Y METODO..... | 22 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 28 |
| CONCLUSIONES..... | 32 |
| RECOMENDACIONES..... | 33 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 34 |
| ANEXOS..... | 37 |

INTRODUCCIÓN:

La Hipertensión Arterial (HTA) tiene alrededor de un siglo de edad. Nace junto a la invención del esfigmomanómetro por Riva Rossi en 1895 y unos años más tarde, se incorpora la medida de la presión diastólica por Korotkoff, se comienzan a identificar pacientes con cifras más altas que las usuales a los que se denominó hipertenso. En los primeros años del siglo XXI, se asiste a una situación singular, cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez. (1)

La hipertensión arterial es una enfermedad que se caracteriza por la elevación de la presión sanguínea arterial por encima de determinados valores establecidos como normales, señalándose como cifra mínima 140/90 mmHg de tensión sistodiastólica. (2, 3, 4)

En las últimas décadas se ha puesto de manifiesto que la Hipertensión arterial (HTA) es una causa directa de incapacidad y muerte y que también es un factor de riesgo de numerosas enfermedades; elevando la incidencia de enfermedades cardiovasculares y renales; cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y retinopatías, las cuales disminuyen las expectativas de vida de los que la padecen y causan altos índices de discapacidades; de ahí que el control de la hipertensión reduce la morbilidad y la mortalidad por estas enfermedades.(5)

La HTA es uno de los principales factores de riesgo de muerte en personas de edad media y ancianos. Los pacientes de edad geriátrica se ven afectados por patologías crónicas y estados asociados, los que traen consigo complicaciones e incluso la muerte de estas personas. Entre ellas, ocupan un importante lugar las enfermedades crónicas no transmisibles y dentro de ellas la hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados y de lo cual Cuba no se encuentra exenta. (6)

En la producción de esta enfermedad se invocan factores como: La edad, Herencia y factores genéticos, Factores gestacionales y natales, Sobrepeso y obesidad, Factores nutricionales (exceso de sal y calorías), Alcohol, Sedentarismo, Factores

psicosociales, la raza, el hábito de fumar, las tensiones mantenidas o reiteradas. En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen, La tensión arterial alta fue la causa primaria de muerte de 54 707 americanos y contribuyó a la muerte de aproximadamente 300 000 personas de los 2.4 millones de muertes americanas reportadas en el 2004 no solo porque es una causa directa de discapacidad, sino porque ella constituye el factor de riesgo modificable para la cardiopatía coronaria primaria, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva, neuropatía terminal y la enfermedad vascular periférica.(7)

Hoy en día la prevalencia mundial es de 33,7%, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, aumentando su incidencia con la edad. En América Latina 140 millones de personas padecen esta patología. La mayor prevalencia de hipertensos en los hombres se ha encontrado en Maracaibo, Venezuela (49.7%) y la menor en Chile (9.1%); en las mujeres la tasa más alta se registró en Paraguay (43.9%) y la más baja en la ciudad de México; planteándose que es muy infrecuente en las mujeres de países no industrializados, delgadas y con bajo consumo de sal. (5)

En Cuba, según datos surgidos de la campaña nacional de HTA, sugiere que, para una población de 11 241 161 habitantes, donde unos 8 550 000 tienen 15 o más años de edad, con una prevalencia de 30.6% o más en población urbana y el 15% en población rural. (Incidencia de 2.5% anual permitió calcular que el total de hipertensos en el país es de unos 2 000 000 – 2 250 000 pacientes). Sin embargo, en diciembre de 2010 solo estaban registrados 802 203 pacientes, es decir menos del 3% del total de hipertensos potenciales.

Se estima que en Cuba el 25% de la población mayor de 15 años y casi el doble en los mayores de 60 años son hipertensos. (6)

En el año 2010 la tasa de prevalencia de la provincia Ciego de Ávila fue de 16.3% en la población de 15 y más años de edad, en nuestro municipio en igual periodo la prevalencia por HTA fue de 12.2%. Durante el año 2010, se encontraban dispensarizados por hipertensión arterial 156 pacientes de 15-35 años para un 3.3 % de prevalencia en el municipio Bolivia, según registros. (8) En la comunidad La

30 ubicada a 30 Km. de la cabecera municipal, con una población de 514 se encontraban dispensarizados por hipertensión arterial 24 pacientes entre 15-35 años para un 13.8 % de prevalencia. (9)

Este dato refleja la necesidad de continuar con la pesquisa activa de pacientes con esta patología.

Teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de la Hipertensión Arterial en los jóvenes entre 15 y 35 años en el consultorio 18 (CMF18) en la comunidad la 30 en el municipio Bolivia se comenzaron a tomar una serie de medidas encaminadas a la disminución de la morbilidad por esta causa. Basados en el programa de enfermedades crónicas no trasmisibles y en las actividades de promoción y prevención de los factores de riesgo de la HTA en pacientes jóvenes que se llevan a cabo en el nivel primario de atención.

A pesar de las estrategias actuales, aún constituye un problema de salud la aparición de casos nuevos de HTA pues provoca un gran impacto en el individuo, la sociedad y la economía. No hay un conocimiento total de los factores de riesgo asociados a dichas enfermedades en la población del municipio Buchivacoa, Estado Falcón lo que hace imprescindible implementar acciones preventivas y de control sobre sólidas bases científicas.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se plantea el siguiente **problema científico**: En la parroquia Bariro existe un elevado número de jóvenes entre 15 y 35 años hipertensos. De la situación expuesta anteriormente, se planteó la siguiente **Pregunta investigativa**: ¿Cómo Elevar el nivel de conocimientos de los grupos vulnerables de los factores de riesgos de hipertensión arterial en esta edad en estudio?

Esta investigación tiene como **justificación** que esta enfermedad se presenta con frecuencia en pacientes con edad avanzada, sin embargo, en esta comunidad hay una tendencia a la aparición de la enfermedad en edades tempranas, lo que deteriora la salud de estos pacientes y es más frecuente la aparición de las complicaciones.

Siendo los jóvenes entre 15 y 35 años del área de salud Bariro del municipio

Buchivacoa, nuestro **objeto de estudio** y nuestro **campo a investigar** es el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo que inciden en la aparición de HTA.

Dicho estudio será utilizado para comprobar nuestra **hipótesis**:

Si se aplica una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo para la aparición de HTA en jóvenes entre 15 y 35 años en la parroquia Bariro del municipio Buchivacoa, entonces se lograría poner en manos de estos pacientes un arsenal de medidas teóricas y prácticas que elevarían su nivel de conocimiento.

Objetivos:

Objetivo general:

Implementar una estrategia que permita elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo para disminuir la aparición de hipertensos en las edades comprendidas entre 15 y 35 en el CMF 16 en la parroquia Bariro en el municipio Buchivacoa.

Objetivos específicos:

1. Analizar el nivel de conocimientos al inicio y al final de la investigación sobre:
 - La Hipertensión Arterial.
 - El hábito de fumar como principal factor de riesgo para padecer de HTA.
 - El sexo, la raza, el alcoholismo y la Diabetes Mellitus como elementos que favorecen la aparición de la enfermedad.
 - Conocimiento de la importancia de buenos hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico como formas de prevención de la enfermedad.

MARCO TEÓRICO.

La hipertensión arterial (HTA) es una [enfermedad crónica](#) caracterizada por un incremento continuo de las cifras de [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 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. (4,10)

En el [siglo VI a. C. Sushruta](#) menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión. 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 tratamientos.

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 Lower en 1669 y posteriormente por Sénac en 1783. El papel de los nervios vasomotores en la regulación de la presión arterial fue observado 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. 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 Mahomed](#) (1849-1884). No fue hasta 1904 que la restricción de sodio fue defendida mientras que una dieta de arroz se popularizó alrededor de 1940.

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 avalar el conocimiento de los mecanismos humorales de control de presión arterial son T. R. Elliott, [Sir Henry Dale](#) y [Otto Loewi](#).

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.

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](#). [Nikolai 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](#). (10)

En el 90-95% de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales esta forma de hipertensión se la denomina

«hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica. (3, 4,10)

[Uno de cada 5 adultos jóvenes padece hipertensión arterial.](#) Una investigación reciente revela que alrededor del 19% de los adultos estadounidenses entre 24 y 32 años presenta hipertensión arterial; sin embargo, muchos de ellos no están conscientes de presentar esta afección potencialmente mortal. La hipertensión arterial, se asocia con una serie de problemas de salud, incluida la cardiopatía coronaria, la insuficiencia cardíaca, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia renal. El estudio, financiado por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, halló que el riesgo de esta afección entre los adultos jóvenes es en realidad mayor de lo que se pensaba anteriormente.

”Este aumento de cinco veces en la incidencia de la hipertensión arterial en una población más joven y más sana es el principio de una tendencia de ”poca salud” que estamos a punto de observar en nuestros jóvenes”, comentó la Dra. Suzanne Steinbaum, una cardióloga preventiva de Lenox Hill Hospital, en la ciudad de Nueva York.

” Dado que el 30% de las personas tienen sobrepeso o son obesas, hay un aumento de otros problemas asociados con esto, como la diabetes mellitus y, ahora, la hipertensión”, agregó Steinbaum. ” Con la aparición de esta enfermedad a una edad tan joven, no son remotas las probabilidades de que se observe más temprano la enfermedad cardíaca. (11)

Entre el 10 y el 15% de los adolescentes tiene problemas de hipertensión arterial (HTA), una realidad que comienza a hacer sus primeros estragos a edades más tempranas, ya que como destacan los especialistas, entre el 1,5 y el 3% de la población infantil presenta problemas de este tipo. Esto guarda una relación directa, según la presidenta de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), Nieves Martell, con el aumento preocupante de las tasas de sobrepeso y obesidad en niños y jóvenes.

(12)

De hecho, se estima que en las dos últimas décadas la obesidad y el sobrepeso han aumentado de forma exponencial y en la actualidad el exceso de peso afecta al 40% de la población entre 2 y 24 años. “La obesidad se ha convertido en el principal factor de riesgo cardiovascular, ya que la prevalencia de la hipertensión arterial entre niños obesos puede superar el 30%”. (13)

La obesidad en la infancia y en la adolescencia ha sido asociada a un aumento de la hipertensión arterial, perfil lipídico, diabetes mellitus tipo 2 y lesiones ateroscleróticas precoces, así como mayor riesgo de obesidad en época adulta con el aumento correspondiente de morbilidad y mortalidad”, añade el especialista de la SEH-LELHA, Àlex Roca-Cusachs “Los niños con hipertensión arterial conocida acuden a la consulta del especialista donde son establecidos el tratamiento y seguimiento, pero la dificultad la encontramos en el diagnóstico precoz, en establecer una serie de marcadores del riesgo que nos ayuden a identificar a aquellas personas que en épocas tempranas de la vida tengan un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en la edad adulta”, admite el Dr. Roca-Cusachs.(13)

Por tanto, debemos empezar a adoptar una serie de medidas antes de que la HTA se establezca. Si la tratamos de manera establecida, estamos llegando tarde. De esta forma, hay que intervenir precozmente para conseguir una mejora de la calidad de vida a largo plazo.

Hipertensión: ¿por qué es un factor de riesgo?

- La **hipertensión** supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias.

- En aquellos pacientes que ya han tenido un problema cardiovascular, la **hipertensión** puede intensificar el daño.
- Propicia la arterioesclerosis (acúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (pueden producir infarto de miocardio o infarto cerebral). En el peor de los casos, la **hipertensión arterial** puede reblandecer las paredes de la aorta y provocar su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte). (13)

Hipertensión en niños

En los últimos años se ha producido un incremento de la obesidad infantil y un aumento alarmante del número de niños **hipertensos**. De allí que se extreme el cuidado de los hijos para evitar su aparición. Dieta equilibrada, ejercicio y control de la presión arterial son vitales. (13)

En niños y adolescentes, la HTA se define como aquella TA que, tras medidas repetidas, se encuentra en el percentil 95 ajustado por edad, estatura y género, o por encima de este. Cuando la TA es inferior al 90 percentil (p) el individuo se considera normotenso. Individuos con cifras de TA en el 90 p o por encima de este, pero inferiores al 95 p deben ser considerados como prehipertensos. Cuando un adolescente tiene la TA por encima de 120 /80 mm Hg. se considera prehipertenso incluso si el valor está por debajo del 90p. (14,15)

Cuando la TA se encuentra en un rango entre el 95 p y 5 mm Hg. por encima del 99 p se considera estadio I. En el estadio II el nivel de TA es mayor que 5 mmHg por encima del 99 p. (14,16)

Para realizar una medición correcta de la presión arterial en la edad pediátrica, es necesario utilizar manguitos de un tamaño adecuado al brazo del niño. Por ese motivo existen modelos apropiados para medirla a cualquier edad. (13,15)

Hipertensión en mujeres

Las mujeres habitualmente presentan valores de **presión arterial** sistólica inferiores a los de los hombres. Sin embargo, la **presión arterial sistólica** aumenta

con la edad de una forma más pronunciada en la mujer: por encima de 60 años las mujeres presentan cifras de presión arterial superiores, incrementando la frecuencia de **hipertensión** es estas edades.

Además, los anticonceptivos orales producen una elevación leve de la **presión arterial** en la mayor parte de las mujeres y pueden ser causa de **hipertensión** en una proporción pequeña. Lo mismo sucede con el tratamiento hormonal sustitutivo. (13)

Hipertensión y embarazo

Los trastornos **hipertensivos** del embarazo continúan siendo una causa importante de problemas durante la gestación que ocasionan enfermedades en el feto y durante el periodo neonatal. Normalmente, la **presión arterial** disminuye en el segundo trimestre y en el tercer trimestre, las cifras suelen volver a los valores previos al embarazo. Estas modificaciones pueden aumentar en algunos casos y ser causas de complicaciones, por lo que resulta de extraordinaria importancia el control de las cifras de presión arterial durante esta etapa. (17)

Hipertensión en ancianos

Como la **presión arterial sistólica** se eleva con la edad, se ha considerado durante mucho tiempo que es normal que en edades avanzadas se tenga la presión elevada. Actualmente se conoce que las cifras de **presión arterial** deben de mantenerse dentro de rangos normales a todas las edades para disminuir el riesgo de complicaciones cardiovasculares. (13)

La *hipertensión sistólica aislada*, común entre los ancianos, se define como la presión sistólica mayor de 140 mmHg acompañada de una presión diastólica normal. (18)

El término *hipertensión de bata blanca* se refiere al porcentaje considerable de personas cuya presión arterial, cuando la mide un profesional en el consultorio, es mayor que cuando la mide en casa o en circunstancias casuales. En la actualidad se calcula que entre 10 y 20% de los pacientes que se consideran hipertensos en

el consultorio son normotensos fuera de éste; este diagnóstico es relativamente más frecuente entre ancianos y mujeres embarazadas. En pacientes difíciles de clasificar es útil medir la presión en forma ambulatoria. Con ello se mide la presión arterial durante un período de 12 a 24 h mientras el individuo realiza sus actividades normales y durante el sueño. (18)

Definiciones:

Crisis hipertensiva: Constituye un grupo de síndromes en los cuales hay una subida brusca de la TA en individuos con HTA severa o moderada, que se acompaña de lesiones irreversibles de los órganos diana y de una TA diastólica mayor de 110 mmHg. Se dividen en urgencia y emergencia. (3,4)

- **Urgencia hipertensiva:** Elevación de la tensión arterial por encima de 210 (sistólica) o 120 (diastólica) sin lesión de los órganos diana, que no representa una amenaza para la vida, son asintomáticos o con síntomas escasos que permite su corrección de forma gradual en 24 a 48 horas con la administración de fármacos orales.

- **Emergencia hipertensiva:** Elevación de la tensión arterial con lesión de órganos diana que requiere una reducción inmediata de la TA en horas, usando medicamentos por vía parenteral, tienen un pronóstico reservado y deben ser transferidos inmediatamente al hospital. (3, 4,18)

La *prehipertensión* es la más reciente categoría en la clasificación, basada en cifras, de la hipertensión arterial (HTA), incorporada por el VII reporte del *Joint National Committee* (JNC) de los Estados Unidos de Norteamérica para el estudio de esta afección, emitido y publicado en el año 2003 (JAMA. 2003:2560-72); desde su salida a la palestra científica este término ha suscitado numerosas y mantenidas controversias, criterios, consideraciones e interpretaciones. (19)

La prehipertensión para el JNC se reserva para las personas que reiteradamente presentan cifras de presión arterial sistólica (PAS) de 120 a 139 mmHg y de 80 a 89 mmHg de presión arterial diastólica (PAD) o ambas; la categoría de *presión*

arterial normal queda para los individuos con valores inferiores a estas cifras. Es decir, esta categoría reúne en uno solo los 2 escalones que en su VI reporte, de 1997 (Arch Intern Med. 1997; 157:2413-46), habían sido establecidos como categorías previas al criterio definido de hipertensión arterial, o sea, la presión normal (120/80 a 129/84) y la presión normal alta (130/85 a 139/89).

Las preocupaciones por los nombres o denominaciones al rango de las presiones arteriales entre las cifras evidentemente o claramente normales y las que se consideran definitivamente como hipertensión, vienen exponiéndose desde las últimas décadas del pasado siglo, y así se han emitido términos como "hipertensión transitoria" e "hipertensión limítrofe o *borderline*" (son aquellas personas que presentan cifras ocasionales de presión arterial pero no siempre en el intervalo de hipertensión).

La *hipertensión acelerada* se define como el incremento reciente y significativo de la presión arterial, en un enfermo con hipertensión previa, acompañado de signos de daño vascular en la oftalmoscopia, pero sin edema de papila. (18)

Diferentes organizaciones, la SEH y la SEC, al igual que la Sociedad Británica de Hipertensión, no consideran la categoría de prehipertensión, mantienen las categorías de "óptima" y "normal" y consideran "la normal alta" como dentro de la valoración norteamericana del VII JNC de la prehipertensión. Esta última categoría, a mi juicio, es más abarcadora en sus cifras y se acerca mejor a los criterios que dieron origen a su propuesta, relacionada con las observaciones de los análisis evaluativos del Estudio de Framingan, que encontraron un incremento continuo del riesgo cardiovascular en los sujetos con presiones arteriales a partir de 115 mmHg de PAS y de 70 a 75 mmHg PAD.

Aquí surgen dudas, pues, la denominación o categoría de prehipertensión se ha propuesto a partir de 120 y 80 y no de 115 y 75 como señala la investigación de Framingan, para hacer valedero su reconocimiento como "punto de corte" para prevenir los riesgos que esos valores de presión

arterial conllevan. (20)

La clasificación de hipertensión arterial recomendada en la actualidad es la siguiente: (21)

| | TA sistólica | TA diastólica |
|----------------|--------------|---------------|
| Normal | <120 | <80 |
| Prehipertensos | 120 - 139 | 80 -89 |
| Grado I | 140 - 159 | 90 - 99 |
| Grado II | > 160 | >100 |

La hipertensión arterial también se puede clasificar según su causa en: (4)

- Hipertensión arterial sistémica esencial.
- Hipertensión arterial sistémica secundaria.
 - De causa endocrinológica.
 1. [Hipertiroidismo](#)
 2. [Hipotiroidismo](#) (mixedema).
 3. [Feocromocitoma](#)
 4. Hiperfunción de la [corteza suprarrenal](#): [síndrome de Cushing](#), [hiperaldosteronismo](#) primario ([Síndrome de Conn](#)), hiperplasia congénita adrenal, ingestión excesiva de [regaliz](#).
 5. Hormonas exógenas: [glucocorticoides](#), [estrógeno](#) (incluyendo el inducido por el embarazo y los contraceptivos orales), alimentos que contengan [simpaticomiméticos](#) y [tiramina](#), inhibidores de la [monoamino oxidasa](#)
 6. [Acromegalia](#)
 7. Hipertensión arterial del embarazo.
 - De causa parenquimatosa renal: todas las nefropatías parenquimatosas y tubulointersticiales en fase terminal.

8. [Glomerulonefritis](#) aguda
 9. Enfermedad renal crónica
 10. Poliquistosis renal
 11. Tumores productores de [renina](#).
- De causa renovascular.
12. Intrínsecas a la arteria renal
 13. Aterosclerosis de la arteria renal
 14. Masas extrínsecas compresivas de la arteria renal
- De causa aórtica (vascular).
15. [Coartación aórtica](#)
 16. [Poliarteritis nodosa](#)
 17. Aumento del volumen intravascular
 18. Aumento del [gasto cardíaco](#)
 19. Rigidez de la aorta.
- De causa neurogénica.
20. Enfermedades bulbares y medulares.
 21. Psicogénica: [Hipertensión de bata blanca](#)HYPERLINK
"http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensión_arterial#cite_note-17" [18]
 22. [Traumatismo](#) craneoencefálico o de [médula espinal](#)
 23. [Hipertensión intracraneal](#)
 24. Tumores encefálicos
 25. [Apnea del sueño](#)
- [Esclerodermia](#)
 - [Enfermedad de Takayasu-Onishi](#)
 - Hipertensión secundaria a coartación aórtica
 - HTA secundaria a endocrinopatías
- [Acromegalia](#)

- [Hipercalcemia](#)
- Deficiencia de 11-hidroxilasa
- Deficiencia de 17-hidroxilasa
- [Síndrome de Geller](#)
- Hipertensión asociada a enfermedades del sistema nervioso central.
- [Disautonomía](#)
- [Síndrome de Guillain-Barré](#)
 1. [Porfiria](#) aguda
 2. [Fibrodisplasia](#)

Medición correcta de la TA en la consulta

Debe utilizarse el método auscultatorio con un instrumento calibrado. Los pacientes deben estar sentados y quietos en una silla durante al menos 5 minutos con los pies en el suelo, y el brazo a la altura del corazón. El brazalete debe tener el tamaño adecuado (que sobrepase al menos el 80 por ciento del brazo derecho), cuando este es muy pequeño la lectura de TA estará falsamente elevada y viceversa. No debe haber fumado o ingerido alimentos 30 minutos antes de la toma. (3,4)

Se considera TA sistólica la audición del primer latido arterial o fase 1 de Korotkoff. La TA diastólica se define por la fase 5 de Korotkoff (punto tras el que desaparece el sonido). Sólo cuando los ruidos persisten hasta 0 mm Hg., el cambio de tono de los ruidos arteriales (fase 4 de Korotkoff), se utilizará para medir TA diastólica. Se realizará una precisa caracterización de los niveles de TA del paciente en múltiples mediciones, durante semanas o meses excepto en presencia de HTA severa. (3, 4, 14,16)

Historia clínica

Los antecedentes familiares ostensibles de hipertensión, junto con la notificación de un aumento intermitente de la presión en el pasado, sugieren el diagnóstico de hipertensión esencial. La hipertensión secundaria generalmente aparece antes de

35 años o después de 55. Una historia de infecciones urinarias de repetición sugiere pielonefritis crónica, aunque esta enfermedad puede evolucionar de manera asintomática. La historia de aumento de peso es compatible con un síndrome de Cushing, y la de adelgazamiento, con feocromocitoma. Algunos aspectos de la historia clínica ayudan a saber si la enfermedad vascular ha progresado hasta una fase peligrosa. Entre éstos se encuentran la angina de pecho y síntomas de insuficiencia cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia vascular periférica. Conviene incidir sobre otros factores de riesgo como el tabaquismo, diabetes mellitus, trastornos lipídicos y antecedentes familiares de muerte prematura por enfermedad cardiovascular. Por último, algunos aspectos del estilo de vida pueden contribuir a la hipertensión o modificar su tratamiento, como la dieta, actividad física, situación familiar, trabajo y nivel educativo. (18)

Síntomas y signos

La mayoría de los enfermos hipertensos no presenta ningún síntoma concreto derivado del aumento de la presión arterial y sólo se reconocen durante el curso de la exploración física. Si un enfermo acude con síntomas al médico, éstos suelen dividirse en tres categorías:

- 1) propios del aumento de la presión arterial
- 2) por la vasculopatía hipertensiva y
- 3) propios de la enfermedad de base en caso de hipertensión secundaria.

La cefalea, aunque considerada popularmente un síntoma de hipertensión, sólo es característica de hipertensión grave; en general, este tipo de cefaleas se localiza en la región occipital y se manifiesta por la mañana, al despertar, aunque remite espontáneamente en el curso de algunas horas. Otros síntomas que podrían relacionarse con elevación de la presión arterial son los mareos, palpitaciones, cansancio frecuente e impotencia.

Entre los síntomas que indican una enfermedad vascular se encuentran la epistaxis, hematuria, visión borrosa por alteraciones retinianas, episodios de debilidad o mareos por isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea por insuficiencia cardíaca. El dolor por aneurisma disecante de la aorta o por fuga de sangre de un

aneurisma constituye un síntoma de presentación ocasional. Ejemplos de síntomas relacionados con la enfermedad de base en la hipertensión secundaria son poliuria, polidipsia y debilidad muscular causadas por hipopotasemia en enfermos con hiperaldosteronismo primario o aumento de peso, y labilidad emocional en pacientes con síndrome de Cushing. Un enfermo con feocromocitoma puede manifestar cefaleas episódicas, palpitaciones, diaforesis y mareos posturales. (18)

Exploración física

La exploración física debe iniciarse por la valoración del aspecto general. Por ejemplo, ¿tiene el enfermo la cara redonda o una obesidad de tronco propia del síndrome de Cushing? ¿Se observa un desarrollo muscular en los miembros superiores desproporcionado respecto al de los inferiores, que pueda sugerir una coartación de aorta? El paso siguiente es comparar las presiones y pulsos arteriales en los dos miembros superiores, tanto en decúbito dorsal como en la posición de pie (durante por lo menos 2 min). La elevación de la presión diastólica al pasar del decúbito dorsal a la posición de pie es más compatible con hipertensión esencial; el descenso, en ausencia de tratamiento antihipertensivo, sugiere algún tipo de hipertensión secundaria. La oftalmoscopia proporciona datos más acertados sobre la duración de la hipertensión y su pronóstico. Una guía bastante útil es la clasificación de Keith-Wagener-Barker de los cambios del fondo de ojo, donde los resultados son desde normales hasta retinopatía grado IV con base en la presencia de reflejo luminoso arteriolar, defectos de la decusación arteriovenosa, hemorragias y exudados; los datos específicos en cada fondo de ojo se anotan y se les asigna una calificación.

También es necesario palpar y auscultar las carótidas en busca de datos de estenosis u obstrucción.

La exploración cardiopulmonar se realiza con el ánimo de buscar una hipertrofia del ventrículo izquierdo o la descompensación cardíaca. ¿Se observa un levantamiento de la punta del ventrículo izquierdo? ¿Se auscultan el tercero y cuarto ruidos cardíacos? ¿Se escuchan estertores crepitantes? El tercer ruido y los estertores crepitantes son signos raros en la hipertensión no complicada y su presencia sugiere una disfunción ventricular. La exploración del tórax comprende, asimismo, la búsqueda de soplos extracardíacos o vasos colaterales palpables derivados de una coartación de la aorta.

La parte más importante de la exploración abdominal es la auscultación de soplos procedentes de arterias renales estenóticas. Los soplos por estrechamiento de la arteria renal casi siempre tienen un componente diastólico o son continuos y se auscultan mejor inmediatamente a la derecha o a la izquierda de la línea media, por encima de la cicatriz umbilical, o en los flancos. El abdomen debe palparse para descartar un aneurisma abdominal o aumento de tamaño de los riñones a causa de una enfermedad poliquística. Asimismo, se palparán cuidadosamente los pulsos femorales y, si se encuentran disminuidos o se observa retraso con respecto al pulso radial, se medirá también la presión arterial en los miembros inferiores. No obstante, aunque el pulso femoral parezca normal con la palpación, debe registrarse la presión arterial en los miembros inferiores al menos una vez en todo paciente en el que la hipertensión se diagnostique antes de los 30 años. (18)

Tratamiento:

Los cambios de estilo de vida reducen la TA, aumentan la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. (14)

Si bien no es posible eliminar por completo la hipertensión, varias acciones son muy útiles y necesarias para prevenir su aparición y para evitar el empeoramiento de los síntomas. (10)

Se estimulará a los pacientes con HTA para que sean físicamente activos. Se recomienda la práctica de ejercicios aerobios de forma regular y la disminución de actividades sedentarias (videos, televisión,) a menos de 2 horas diarias. (14), mantener un peso corporal dentro de los estándares correspondientes a la edad y la estatura, según el sexo; reducir al mínimo el consumo de alcohol: al día no deben consumirse más de 30 ml de [etanol](#), que equivale a 720 ml (2 latas) de cerveza; 300 ml de vino (dos copas; un vaso lleno contiene 250 ml); 60 ml de whisky (un quinto de vaso), en los varones; en las mujeres, la mitad; reducir el consumo de sodio, hacer la suplementación de potasio; consumir una dieta rica en frutas y vegetales; [lácteos](#) bajos en grasa con reducido contenido de [grasa saturada](#) y total; privarse de todo tipo de [tabaco](#) (cigarro, pipa, habano, etc.), y controlar la [glicemia](#) (sobre todo si la persona padece [diabetes](#)). (10)

El séptimo comité sugiere como línea inicial medicamentosa para la hipertensión las siguientes estipulaciones:

1. Pacientes pre-hipertensos, es decir, con una presión arterial de 120-139/80-89: no se indican medicamentos.
2. Hipertensión arterial estadio 1 (140-159/90-99): [diuréticos](#) tipo [tiazida](#) se recomiendan para la mayoría de los pacientes. Los [IECA](#), [ARA-II](#), [beta bloqueantes](#), [bloqueante de los canales de calcio](#) o una combinación de éstos puede que sea considerada.
3. Hipertensión arterial estadio 2, con una presión arterial mayor de 160/100: combinación de dos [fármacos](#), usualmente un diurético tiazida con un IECA, ARA-II, beta bloqueante o BCC.

Además del tratamiento medicamentoso, en todos los pacientes (independientemente del estadio), se procurará ajustar los hábitos modificables anteriormente señalados. (10)

MATERIAL Y METODO.

Tipo de investigación y su perspectiva general:

Se realizó un estudio pre-experimental (antes–después) de tipo de intervención educativa con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo de la HTA, en una población de riesgo del Consultorio # 18 del médico de la familia, correspondiente al Policlínico Docente «Rafael Pérez González» del municipio Bolivia, provincia Ciego de Ávila, en el período abril/ 2011 - diciembre/ 2011. Para dar salida a los objetivos propuestos se estudiaron las variables siguientes:

Operacionalización Variables

| Escala de clasificación | Definición Operacional |
|---|------------------------|
| incremento del conocimiento: No incremento porcentual del conocimiento. Incremento inadecuado: hasta 19 %. Incremento adecuado: de 20 a 50 %. Incremento excelente: más de un 50 %. | Conocimiento sobre HTA |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Conocimiento sobre HTA No incremento del conocimiento: no incremento

porcentual del conocimiento.
Incremento inadecuado: hasta 19 %.
Incremento adecuado: de 20 a 50 %.
Incremento excelente: más de un 50 %.

Se consideró según las diferencias de tabulación entre la primera y segunda encuesta, se calificó las preguntas por el puntaje propuesto, luego se separaron por grupos según el equivalente propuesto, y se calculó el por ciento que representó el grupo del total de encuestas.

Conocimiento sobre el hábito de fumar como principal factor de riesgo para padecer de HTA
Conocimiento sobre el sexo, la raza, el alcoholismo y la Diabetes Mellitus como elementos que favorecen la aparición de la enfermedad.

Conocimiento de la importancia de buenos hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico como formas de prevención de la enfermedad.

Variable

Ítem que evalúa NIVEL DE CONOCIMIENTO

ALTOMEDIOBAJO

1- Conocimiento sobre HTA

Pregunta Nª 1

Inciso c) y d)

5 puntos Inciso c) ó d) (uno de los dos) Si marcara el inciso a) ó b) se descalifica

3 puntos Inciso a) y b)

0 punto

2- Conocimiento sobre el hábito de fumar como principal factor de riesgo para padecer de HTA

Pregunta Nª 2

Inciso c)

5 puntos Inciso c ó f) (uno de los dos) Si marcara los incisos a) , b) , d), e) se descalifica

3 puntos Inciso a), b), d), e)

0 punto

3- Conocimiento sobre el sexo, la raza, el alcoholismo y la Diabetes Mellitus como elementos que favorecen la aparición de la enfermedad.

Pregunta Nª 3

Si marca los cuatro incisos correctos (Inciso a),c,d), e)

5 puntos.

Si marca de dos a tres incisos bien Si marcara los incisos, b) f),g) se descalifica

3 puntos

Incisos b) f),g)

0 punto

4- Conocimiento de la importancia de buenos hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico como formas de prevención de la enfermedad.

Pregunta Nª 4

0 punto

Población y muestra:

El Universo de estudio estará constituido por 103 habitantes comprendidos en las edades entre los 15 y 35 años del CMF 18 de la comunidad La 30 del Municipio Bolivia.

Para la selección de la muestra se utilizó el Programa Estadístico EPIDAT (herramientas para el diseño maestral), se realizó un listado único con el universo que cumplió con los criterios de inclusión, y luego, por sistema aleatorio simple, se seleccionaron los 73 pacientes que conformaron la muestra de la investigación.

Definición de los sujetos elegibles.

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes del CMF 18 del municipio Bolivia que estén comprendidos entre 15-35 años con previo consentimiento informado (anexo 2).

Criterios de exclusión:

Negación de la paciente a participar en el estudio.

Criterios de Salida:

Saldrán del estudio aquellos pacientes que durante el periodo de estudio se trasladen a otros municipios o provincias y no puedan tener el seguimiento previsto.

Métodos y técnicas:

Para el cumplimiento de las tareas se utilizaron los siguientes **métodos teóricos** de investigación:

- El método histórico-lógico para determinar los antecedentes históricos de la Hipertensión arterial en la Comunidad La 30 en los últimos cinco años.
- El método analítico-sintético se utilizó para procesar la información obtenida de la observación, la encuesta y entrevista realizadas para la intervención educativa.

- El método inductivo-deductivo: Posibilitó llegar a generalizaciones acerca de las potencialidades y necesidades de los jóvenes entre 15 y 35 años del área de salud La 30, sobre el nivel de conocimiento de HTA, sus consecuencias y prevención.
- Hipotético–deductivo: Se planteó una hipótesis como respuesta al problema.

Como **métodos empíricos** se utilizaron:

- La observación de los datos recogidos por la Ficha de Salud Familiar del Consultorio Médico de Familia # 18.
- La encuesta para recoger los datos referentes al conocimiento sobre factores de riesgo para padecer de HTA en edades entre 15 y 35 años se realizó mediante una Ficha de Recolección de la Información, (Anexo N° 1), confeccionada por la autora y avalado por el tutor.
- Para describir los antecedentes históricos de la HTA se utilizaron fórmulas canalizando la información recogida del trabajo previo. Esta intervención se realizó en tres etapas: diagnóstica, de intervención y evaluativa.

Etapas diagnóstica: Previo consentimiento informado del paciente (Anexo # 2) se les explicó a los jóvenes las características del estudio con el objetivo de motivarlos con el tema y se aplicó una encuesta con un total de cuatro preguntas, todas hechas de manera cerrada, comprensible y se evaluaron los conocimientos sobre los factores de riesgo de HTA.

Etapas de intervención: después de aplicada la encuesta inicial se realizó la misma con cinco encuentros de una hora, con una frecuencia quincenal para incluir a los estudiantes becados, siempre en el horario más conveniente para los pacientes, en ellos se abordaron temas diferentes mediante técnicas participativas. (Ver Anexo # 3).

Etapas evaluativa: 15 días después del último encuentro se aplicó nuevamente la encuesta inicial, para evaluar la efectividad de la intervención.

Para darle salida al objetivo general de esta investigación y a la vez, evaluar los éxitos o fracasos del mismo, se creó una escala de evaluación del conocimiento

adquirido con la investigación. Se tuvo en cuenta el incremento porcentual de los resultados iniciales y finales de las variables incluidas.

Tratamiento estadístico de la información:

Los datos de cada encuesta se vaciaron en una ficha de recolección de la información confeccionada por la autora del trabajo (Anexo 1), que incluyeron todas las variables cuantitativas y cualitativas necesarias para el estudio. El tratamiento se realizó mediante la utilización de un sistema de base de datos (Microsoft Excel XP) y los resultados se presentaron en tablas de contingencia que fueron analizadas para admitir conclusiones. Como medida de resumen de la información se utilizó las distribuciones de frecuencia y porcentaje.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas, Revista Cubana de Medicina General Integral, bases de datos especializadas en medicina como: CUMED, LILACS, MEDLINE, Cochrane, HINARI, EBSCO, BIBLIOMED y otras páginas médicas. Además, se hicieron búsquedas en las listas de referencias de todos los artículos potencialmente relevantes y capítulos de libros disponibles. Se consultó bibliografía de la Organización Mundial de la Salud con el debido permiso otorgado.

Se redactó un informe final de acuerdo a los requisitos establecidos por el departamento Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, utilizándose para ello el Sistema de Microsoft Windows XP.

Ética:

Se le informó a cada paciente de forma verbal y por escrito los objetivos del estudio, sus beneficios potenciales y los posibles riesgos a que se expondrían, además de los derechos que tendrían y de la voluntariedad de participar en el estudio o de abandonar éste cuando así lo entendieran. Estando de acuerdo los pacientes y firmaron el documento de consentimiento informado (anexo N^o 2) y el médico que brindó la información.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre la HTA antes y después de intervención educativa en la comunidad de La 30, municipio Bolivia, Ciego de Ávila.

Nivel de conocimiento

Grupos

ANTES DESPUÉS

ALTO MEDIO BAJO ALTO MEDIO BAJO

Nº % Nº % Nº % Nº % Nº % Nº %

Grupo en estudio

002128,85271,24764,42331,534,1

Fuente: encuesta n=73

Comentario:

En cuanto al conocimiento de las sobre la HTA antes de la intervención educativa, podemos apreciar que, de un total de 73 pacientes, 71,2% fueron ubicados en el nivel bajo porque al evaluar el conocimiento sobre la HTA, no conocían en qué consistía. Solamente 21 pacientes (28,8%) seleccionaron una de las respuestas verdaderas. Llama la atención que ningún paciente conocía sobre la HTA, ya que no seleccionaron los dos ítems que marcaban la realidad del enunciado. Después de la intervención 47 pacientes que representa el 64,4% fueron ubicados en el nivel alto de conocimiento, mostrando conocimientos excelentes sobre la HTA y 23 de ellos que representa el 31,5% lograron un incremento adecuado del conocimiento.

Tabla 2. Conocimiento sobre el hábito de fumar como principal factor de riesgo para padecer de HTA, antes y después de intervención educativa en la comunidad de La 30, municipio Bolivia, Ciego de Ávila.

Nivel de conocimiento

Grupos

ANTESDESPUÉS

ALTOMEDIOBAJOALTOMEDIOBAJO

Nº%Nº%Nº%Nº%Nº%Nº%

Grupo en estudio

34,11520,55575,3731000000

Fuente: encuesta n=73

Comentario:

Antes de la intervención 55 pacientes del total no conocían que el hábito de fumar constituye el principal factor de riesgo en la aparición de HTA en la comunidad en estudio, representando el 75,3%, y los 15 pacientes que representan el 20,5% lo conocían, pero lo asociaron con la ingesta de alcohol. Después de la intervención todos los pacientes conocían sobre el hábito de fumar como principal factor de riesgo en la población en estudio, lográndose un incremento excelente del conocimiento.

Tabla 3: Conocimiento sobre el sexo, la raza, el alcoholismo y la Diabetes Mellitus como elementos que favorecen la aparición de la enfermedad, antes y después de

intervención educativa en la comunidad de La 30, municipio Bolivia, Ciego de Ávila.

Nivel de conocimiento

Grupos

ANTESDESPUÉS

ALTOMEDIOBAJOALTOMEDIOBAJO

Nº%Nº%Nº%Nº%Nº%Nº%

Grupo a evaluar

002737,04663,05575,31621,922,7

Fuente: encuesta n=73

Comentario:

Antes de la intervención 27(37,0%) pacientes del total se encontraban en el nivel de conocimiento medio. Estas adolescentes marcaron de dos a tres incisos correctos. Muchos de los elementos eran desconocidos para los pacientes en estudio.

Después de la intervención 55 pacientes (75,3%) seleccionaron los cuatro incisos correctos, lográndose un incremento excelente del nivel de conocimiento. De los restantes 16 pacientes que representa el 21,9% del total lograron un incremento adecuado del conocimiento.

Tabla 4: Conocimiento de la importancia de buenos hábitos alimenticios y la

práctica de ejercicio físico como formas de prevención de la enfermedad, antes y después de intervención educativa en la comunidad de La 30, municipio Bolivia, Ciego de Ávila.

Nivel de conocimiento

Grupos

ANTES DESPUÉS

ALTO MEDIO BAJO ALTO MEDIO BAJO

Nº % Nº % Nº % Nº % Nº % Nº %

Grupo a evaluar

001824,75575,34967,12432,900

Fuente: encuesta n=73

Comentario:

Al explorar el nivel de conocimientos sobre la importancia de buenos hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico como formas de prevención de la enfermedad, percibimos que 55 pacientes que representan el 75,3% no conocían nada al respecto y 18 de ellos solo tenían un nivel medio de conocimiento pues solo marcaban dos de los incisos correctos. Después de realizada la intervención 67,1% de los pacientes marcaron todos los incisos correctamente, el resto (32,9%) seleccionaron dos de las formas de prevención. En el nivel alto tuvieron un incremento excelente del conocimiento y en el nivel medio, los pacientes tuvieron un incremento adecuado del mismo, no encontrándose ninguna en el nivel bajo del conocimiento.

CONCLUSIONES:

Después de la intervención educativa los pacientes tuvieron un incremento del nivel de conocimiento en las temáticas relacionadas con la Hipertensión Arterial, el hábito de fumar, el sexo, la raza, el alcoholismo y la Diabetes Mellitus como elementos que favorecen la aparición de la enfermedad demostrándose de esta forma la efectividad de la intervención educativa.

RECOMENDACIONES:

Proponer la implementación de la estrategia en los restantes CMF del municipio de Bolivia con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos y modificar estilos de vida de los grupos de riesgo a largo plazo y con ello los factores de riesgos de la comunidad para que influya positivamente y así disminuir la incidencia de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) González Martín S, Gómez Verano MR, Viñas Lorenzo M. Características clínicas y del estilo de vida asociadas a la hipertensión arterial en adultos mayores. Mediciego [serie en Internet]. 2010 [citado 15 Mar 2011]; 16(supl 1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/articulos/t-8.html
- 2) Dotres A. Programa de prevención, diagnóstico, evolución y control de Hipertensión Arterial. 1998.
- 3) Álvarez S. Medicina General Integral T II. 2008. p.86.
- 4) Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna T I. 2006. p 325.
- 5) Blanco Domínguez M, Hernández Fabelo MR, Pulido Trujillo AA. Hipertensión arterial y factores de riesgo. Mediciego [serie en Internet]. 2008 [citado 10 Mar 2011]; 14(supl1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/revisiones/r5_v14_supl108.htm
- 6) González Martín S, Gómez Verano MR, Viñas Lorenzo M. Características clínicas y del estilo de vida asociadas a la hipertensión arterial en adultos mayores. Mediciego [serie en Internet]. 2010 [citado 15 Mar 2011]; 16(supl 1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/articulos/t-8.html
- 7) Pereira Alexandre C, Krigen J E. Biología e Genética Molecular aplicados a Diagnóstico e tratamento da Hipertensao, Novos paradigmas, Antigos problemas, molecular biology and genetics. Rev. Bras. Hipertens; 8(1): 105 – 13, janmar. 2001
- 8) Datos de estadística municipal 2010.

- 9) Datos de estadística del consultorio del médico de la familia.
- 10) Hipertensión Arterial [Internet]. [actualizado 4 Mar 2011; citado 10 Mar 2011] [aprox.2 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n3/med01311.pdf>
- 11) [Uno de cada 5 adultos jóvenes padece hipertensión arterial](http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2011/05/31/uno-de-cada-5-adultos-jovenes-padece-hipertension-arterial/) disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2011/05/31/uno-de-cada-5-adultos-jovenes-padece-hipertension-arterial/>
- 12) Portal de Infomed. Disponible en: <http://www.sld.cu> contacto <mailto:hramirez@infomed.sld.cu>
- 13) Hipertensión y riesgo cardiovascular [Internet]. [actualizado 4 Mar 2011; citado 10 Mar 2011] [aprox.2 p.] Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
- 14) Guerra Pina MO, Hernández Mayoz L, Martínez Mariño T, García Sotolongo W, Rivera Ramos JL, Baró Rojas M. Hipertensión arterial en la infancia. rev cub med. Mediciego [serie en Internet]. 2007 [citado 15 Mar 2011]; 13: [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/revisiones/r2_v13_0107.htm
- 15) National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics. 2004; 114: 555–576.
- 16) Santiago Valdez. Temas de pediatría. pág. 271
- 17) Zuspan FP. Enfermedades hipertensivas durante la gestación. Clin

Perinatol 1991; 4: 637-42.

- 18) Hipertensión Arterial [Internet]. [actualizado 4 Mar 2011; citado 10 Mar 2011] [aprox.2 p.] Disponible en: www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/PROTOCOLOS/HTA.pdf
- 19) Pérez Caballero MD. La prehipertensión. Rev cub med [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2011 Mar 24]; 47(1): Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232008000100001&lng=es.
- 20) García Delgado J A., Pérez Coronel P L., Chí Arcia J, Martínez Torrez J, Pedroso Morales I. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. Rev cub med [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2011 Mar 24; 47(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232008000300002&lng=es.

ANEXO 1

ENCUESTA

Nombre y apellidos: _____

1. ¿Qué conoce como Hipertensión arterial?
 - a) cifras de tensión arterial bajas.
 - b) cifras de tensión arterial por encima de 120 la máxima y 80 la mínima.
 - c) cifras de tensión arterial por encima de 140 la máxima y 90 la mínima.
 - d) La hipertensión arterial (HTA) es una [enfermedad crónica](#) caracterizada por un incremento continuo de las cifras de [presión sanguínea](#) en las [arterias](#) , una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg.
2. De los siguientes enunciados marque con una X cual constituye uno de los principales factores de riesgo en la aparición de Hipertensión arterial.
 - a) Ingesta de frutas y vegetales.
 - b) Padecer de Asma Bronquial.
 - c) Hábito de fumar.
 - d) Práctica frecuente de ejercicios físicos.
 - e) Dieta baja en sal y grasa.
 - f) Ingesta de alcohol.
3. De los siguientes elementos que te ofrecemos seleccione cuales favorecen la aparición de la enfermedad.
 - a) Pertener al sexo masculino
 - b) consumo de dietas bajas en sal y grasa
 - c) Pertener a la raza negra

- d) ___ Ingesta excesiva de alcohol
- e) ___ Antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus
- f) ___ Padecer de Asma Bronquial.
- g) ___ Dieta rica en frutas y vegetales.

4. De los siguientes elementos cual usted considera importante como forma de prevención de la enfermedad:

- a) ___ Consumo de dietas bajas en sal y grasa
- b) ___ Hábito de vida sedentario
- c) ___ Práctica frecuente de ejercicios físicos
- d) ___ Ser de constitución obesa
- e) ___ Consumo de frutas y vegetales

ANEXO 2: Consentimiento informado.

Yo _____ Después de haber sido informado sobre los objetivos del estudio Estrategia para disminuir la incidencia de Hipertensión Arterial en jóvenes del CMP 16 del Municipio Buchivacoa, así como sus ventajas y desventajas, y conociendo de la voluntariedad de participar o abandonarlo en el momento que desee, estoy de acuerdo en participar en el estudio.

Firma del paciente: _____

Firma de la Dra. Leidy Nazco García: _____

ANEXO 3: Estrategia de intervención educativa.

Sección 1

Tema I: Comportamiento de la HTA en los jóvenes a nivel mundial, Venezuela y la comunidad del consultorio 16 del municipio Buchivacoa. Factores de riesgo que inciden en la aparición de la enfermedad influyendo en la morbi-mortalidad en los pacientes de la comunidad comprendidos en el rango de edades de 15 a 35 años. Reseña bibliográfica del comportamiento de esta enfermedad.

Objetivos:

- Conocer en qué consiste la HTA.
- Explicar el comportamiento de los factores de riesgo para padecer de HTA en el mundo, Cuba y la comunidad.
- Mencionar la repercusión de esta patología en los diferentes órganos y sistemas del organismo.

Metodología:

Actividad 1: Técnica de presentación: Presentación de personas incluidas en los grupos de riesgo comprendidos entre los grupos de edades de 15 a 35.

Actividad 2: Técnica de animación: Lluvia de ideas.

Actividad 3: Dinámica grupal para establecer un debate sobre el tema.

Actividad 4: Actividad de evaluación y cierre positivo, negativo e interesante.

Medios de Enseñanzas: Pancarta, folletos educativos, computadora y proyector.

Tiempo de Duración: 1 hora.

Técnica Educativa: Presentación y selección de personas jóvenes que presentan factores de riesgo para padecer de HTA, lluvia de ideas, dinámica grupal.

Sección 2

Tema II: Conocimiento sobre el hábito de fumar como principal factor de riesgo para padecer de HTA.

Como influyen los tóxicos del cigarro como la nicotina sobre el sistema cardiovascular favoreciendo la aparición de la HTA.

Objetivos:

- Definir que es el hábito de fumar.
- Identificar los componentes nocivos del cigarro y cómo influyen en el sistema cardiovascular.
- Explicar los beneficios en la salud de los no fumadores con respecto a los que practican el hábito.

Metodología:

Actividad 1: Debate acerca del tema anterior (recordatorio).

Actividad 2: Técnica de animación: Dar color al amor.

Actividad 3: Charla educativa sobre como disminuir los factores de riesgo para padecer HTA en los jóvenes.

Actividad 5: Actividad de evaluación y cierre positivo, negativo e interesante.

Medios de Enseñanza: Pancartas, folletos informativos y preventivos de los factores de riesgo para padecer HTA en los jóvenes.

Tiempo de Duración: 60 min.

Técnica Educativa: Selección y presentación de personas que presentan factores de riesgo para la enfermedad, charla educativa y dinámica grupal.

Sección 3

Tema III: El sexo, la raza, el alcoholismo y la Diabetes Mellitus son elementos que favorecen la aparición de la enfermedad.

Objetivos:

- Definir como el sexo y la raza influyen en la aparición de la HTA.
- Explicar cómo el alcoholismo predispone la aparición de la HTA.
- Mencionar como algunas enfermedades crónicas, en especial la Diabetes Mellitus influyen en la aparición de la enfermedad.

Metodología:

Actividad 1: Debate acerca del tema anterior.

Actividad 2: Técnica de animación (El Bum)

Actividad 3: Técnica participativa (coge tu orilla).

Actividad 4: Charla educativa sobre cómo influyen algunas entidades y enfermedades en la aparición de HTA en jóvenes.

Actividad 5: Actividad de evaluación y cierre positivo, negativo e interesante.

Medios de Enseñanza: Pizarra, pancarta, afiches y personas enfermas de TB pulmonar.

Tiempo de Duración: 60 min.

Técnica Educativa: Desempeño de roles y charla educativa.

Sección 4

Tema IV I: Conocimiento de la importancia de buenos hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico como formas de prevención de la enfermedad.

Objetivos:

- Mencionar los alimentos que pueden modificar las cifras de TA y la importancia del consumo apropiado de sal en la dieta.
- Explicar cómo influye la realización del ejercicio físico en el sistema cardiovascular favoreciendo la no aparición de la HTA.
- Ejemplificar a través de un paciente joven como influyó la obesidad en la aparición de la HTA.

Metodología:

Actividad 1: Debate acerca del tema anterior.

Actividad 2: Juego de participación: Mientras el fósforo alumbra.

Actividad 3: Charla educativa para incorporar conocimientos sobre los hábitos de vida saludable.

Actividad 4: Panel relacionado con el tema y su objetivo.

Actividad 5: Actividad de evaluación y cierre positivo, negativo e interesante.

Medios de Enseñanza: Pizarrón y afiches.

Tiempo de Duración: 60 min.

Técnica Educativa: Mientras el fósforo alumbra, charla educativa y un panel.

Sección 5

Tema V: Conclusivo de la estrategia. Mencionar los resultados del estudio realizado en el proyecto.

Objetivo:

- Evaluación y cierre de la estrategia.

Metodología:

Actividad 1: Debate acerca del tema anterior.

Actividad 2: Técnica de ambientación: Los nombres escritos.

Actividad 3: Técnica de cierre positivo, negativo e interesante.

Actividad 4: Aplicación de la encuesta.

Actividad 5: Despedida.

Evaluación de la estrategia.

Se realizó la evaluación de la culminación de la estrategia utilizando los instrumentos desde el inicio del diagnóstico para comparar los resultados antes y después de la ejecución de las acciones de forma sistemática los cuales fueron positivos demostrado en cada tema tratado que se comprobó con el nivel de conocimiento en los grupos incluidos en el estudio.