

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CIEGO DE AVILA .**

**POLICLINICO DOCENTE**

**“ JULIO CASTILLO ALVAREZ ”**

**CHAMBAS**

**Título :** Estrategia de intervención comunitaria para trabajar en el cambio del modo y estilo de vida como método de rehabilitación en pacientes hipertensos del consultorio #3 área de salud policlínico julio castillo municipio de Chambas.

**Autor.** Dra. Maylén García Domínguez.

**Tutor.** Dra. Damaris Ferrón Hernández.

**Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina  
General Integral.**

**MORON , CIEGO DE AVILA 2020 .**

## RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental de tipo antes, después, para evaluar la efectividad en la aplicación del programa de hipertensión arterial, así como el cambio en el método y estilo de vida, como método de rehabilitación en pacientes hipertensos del consultorio #3, del área de salud policlínico Julio Castillo Chambras Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre enero de 2018 hasta junio de 2020, la muestra de estudio estuvo constituida por 433 pacientes, con edades comprendidas entre 15 y 64 años.

Para el análisis de las variables socio demográficas se utilizó una estadística descriptiva de media y desviación estándar, para el análisis de la efectividad de la estrategia de intervención educativa se empleó la prueba estadística Mc Nemar, para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión y los cambios en el método y estilo de vida como medidas de rehabilitación de los pacientes hipertensos, después de la aplicación de la misma. Predominaron las edades entre 35 y 60 años de edad, se encontraron diferencias significativas entre los pacientes en los cuales se aplicaron dichas medidas de cambio de modo y estilo de vida y todos aquellos que no acataron estas medidas para su rehabilitación en los cuales esta no se produjo como se debe.

Palabras Claves. Estrategia de Intervención.

## ÍNDICE

CONTENIDO

PÁGINAS

## INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades crónicas de alta incidencia y prevalencia en el mundo, se encuentra la hipertensión arterial (HTA), definida como “una patología multifactorial; que responde a factores no prevenibles como la edad, la raza, la herencia y el género y factores prevenibles asociados a estilos de vida poco saludables por la exposición a múltiples factores de riesgo, dentro de los que se destacan: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y el patrón de conducta tipo A.

Actualmente, se considera que estos “factores de riesgo están aumentando a medida que cambian las condiciones de vida y de trabajo de las personas hacia hábitos alimenticios menos saludables (mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales) y menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios”. En el caso de la hipertensión arterial, estos factores representan “costos socioeconómicos elevados, resultantes principalmente de sus complicaciones, tales como: enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica y enfermedades vasculares”.

La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la Población adulta y a 35 millones de personas en los EEUU, su Frecuencia se incrementa con la edad, de tal modo que alrededor de 70 años, más de un tercio de la población tiene valores altos de presión arterial debido a las complicaciones.

Alrededor del 20% de los adultos sufren hipertensión; en más del 90% de dicha porción son de hipertensión esencial (primaria), quiere decir sin causa médica identificable. En el resto de los pacientes se conocen causas específicas (hipertensión secundaria), como estrechamiento de vasos renales o enfermedades del parénquima renal, ciertos fármacos, disfunciones de órganos, tumores y embarazo.

En América 144 millones de personas viven con hipertensión arterial, en la región de América latina y el Caribe se estima que entre el 8 y 35% de su población padece de hipertensión arterial. Algunos estudios realizados entre 1998 y 1999 en cinco ciudades del país revelan una prevalencia de HTA del 17.5% en hombres y 9.2% en mujeres.

La carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT) y la amenaza que suponen constituyen un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo, para evitar las crecientes desigualdades entre diferentes países y poblaciones se necesitan medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional que mitiguen esta amenaza.

Se calcula que unos 36 millones de defunciones, el 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en el año 2008, se dieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%), y diabetes (3.5%), el 80% de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios y en estos últimos países la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años), es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%).

Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030. Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir mucho si se aplican medidas de forma eficaz, equilibrada y se realizan intervenciones preventivas y curativas costo-efectivas ya existentes

Parecería innecesario señalar que ésta concepción de salud es aplicable a toda la población sin ningún tipo de diferencia en razón de la edad; sin embargo, es válido afirmar que los adultos conforman la población económicamente productiva y de

riesgo, uno de los grupos evolutivos que habrá de producir modificaciones sustanciales en políticas y acciones de salud, a fin de reflejar el cumplimiento del compromiso.

La Organización Mundial de la Salud define a los estilos de vida como: "Un conjunto de actividades, comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social, las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona".

Con frecuencia se habla de estilos de vida para referirse a patrones comportamentales como actividad física o los hábitos alimentarios; los estilos de vida estudiados han sido fundamentalmente; los hábitos alimentarios inadecuados, la falta de actividad física, el consumo de tabaco; otros estilos de vida contemplados en los programas promoción de la salud o prevención de enfermedades son el descanso, ocio y el sueño, la higiene, la educación sexual, y planificación familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la automedicación, las revisiones sanitarias, el seguimiento de prescripciones médicas o las prácticas de seguridad y protección las prácticas de salud y/o riesgo no son conductas aisladas que surjan de manera esporádica por el contrario constituyen varias formas de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos fuertemente relacionados con el entorno que vive la persona Para los adultos de este grupo de edad, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamiento por ejemplo paseos a pie y/o caminatas, actividades ocupacionales (es decir trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programadas en el contexto de las actividades diaria familiares y comunitarias, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no trasmisibles (ENT) y depresión se recomienda que el adulto de 18 a 64 años de edad dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa, y

debe de ser practicada en sesiones de 10 minutos de duración como mínimo aún de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de éste grupo de edades aumenta hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica o una combinación equivalente de actividad moderada y vigoroso.

El 70% de causas de muerte se debe en parte a la herencia y la mitad de los fallecimientos tiene relación al estilo de vida. Se puede afirmar que los estilos de vida son un conjunto de patrones comportamientos específicos en el individuo o en una sociedad, que influyen en la salud de la persona actuando como factores de protección o de riesgo para la salud; consiste en permitir y fomentar que los individuos cambien su estilo de vida, cuando estos suponen factor de riesgo para la salud, además de producir y mantener patrones de comportamiento saludable en las dimensiones biológico, psicológico y social.

Las consecuencias humanas sociales y económicas de las enfermedades no transmisibles se dejan sentir en todos los países pero son particularmente devastadoras en las poblaciones pobres y vulnerables .Reducir la carga mundial de ENT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para el desarrollo sostenible Uno de los factores de riesgo es la hipertensión arterial, factor de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio que motiva un mayor número de consultas, y es la principal causa de cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. Podríamos definir la hipertensión arterial como un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) por encima de los parámetros que se consideran óptimos, los valores persistentes de presión sanguínea sistólica mayor de 140 mm hg y diastólica que rebasa los 90 mm Hg. En ancianos se define como equivalente a valores de 160/90 mm Hg.

En lenguaje coloquial la hipertensión arterial se describe como el "asesino silencioso", ya que es frecuente que la persona no presente síntomas. El National Heart, Lung, and Blood Institute de Estados Unidos calcula que 50% de

hipertensos no saben que padecen esta enfermedad. Una vez que surge, el paciente debe someterse a mediciones frecuentes de la presión sanguínea, ya que la hipertensión es un trastorno que dura toda la vida.

Alrededor del 20% de los adultos sufren hipertensión; en más de 90% de dicha porción es esencial (primaria), quiere decir sin causa médica identificable. En el resto de los pacientes se conocen causas específicas (hipertensión secundaria), como estrechamiento de vasos renales o enfermedades del parénquima renal, ciertos fármacos, disfunciones de órganos, tumores y embarazo.

La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la población adulta y a 35 millones de personas en los EEUU, su frecuencia se incrementa con la edad, de tal modo que alrededor de 70 años, más de un tercio de la población tiene valores altos de presión arterial debido a las complicaciones.(10). El porcentaje de hipertensos en la población Española entre 36 y 65 años era del 27% , al comienzo de los años noventa, en la actualidad es de 45% , siendo el 68.3% en los mayores de 65 años).

En América 144 millones de personas viven con hipertensión arterial, en la región de América latina y el Caribe se estima que entre el 8 y 35% de su población padece de hipertensión arterial. Algunos estudios realizados entre 1998 y 1999 en cinco ciudades del país revelan una prevalencia de HTA del 17.5% en hombres y 9.2% en mujeres.

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados sobre la hipertensión arterial, los estilos de vida saludable y no saludable, los cuales contribuyen al incremento o disminución de los riesgos a complicaciones cardiológicas. La enfermera cumple una función muy importante tanto en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y complicaciones, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación en pacientes hipertensos y con otras patologías cardiológicas, debido a la valoración que realiza al paciente desde el primer contacto, tanto con la



observación, entrevista, examen físico, se logra identificar estilos de vida saludables y no saludables, también se tiene en cuenta los aspectos objetivos como subjetivos, de esta manera la enfermera planifica las actividades con el paciente, buscando las estrategias necesarias como los programas educativos, estimulando a los pacientes a practicar los estilos de vida saludables, con el fin de conservar su salud.

#### **En Cuba**

En Cuba tiene una elevada prevalencia, pues afecta al 33% de la población adulta y es la razón principal de las consultas en los cuerpos de guardia médica de todo el país.

#### **En el área de salud**

En el área de salud a la cual pertenezco, se observa un nivel elevado de pacientes hipertensos 19012 personas hipertensas, a los cuales estamos obligados dado el elevado envejecimiento poblacional existente a tratar de mejorar su rehabilitación mejorando modo y estilo de vida, para de esta forma dar una mejor calidad de vida a estas personas, ya que la hipertensión arterial no corregida a tiempo puede provocar serios problemas y traer consigo enfermedades que pueden llegar a ser mutilantes en algunos casos y de esta forma disminuir calidad de vida en la personas.

La autora considera oportuno, señalar la necesidad de buscar soluciones para, en la medida de lo posible, ampliar el conocimiento de los pacientes hipertensos en función de prevenir y, en lo posible orientar a los pacientes sobre el método y estilo de vida.

Teniendo en cuenta todos los antecedentes planteados anteriormente se formula el siguiente **Problema Científico**:

Como contribuir a la adquisición de conocimientos acerca del cambio en el método y estilo de vida en pacientes hipertensos del Consultorio No. 3 del Policlínico Julio Castillo, Chambras, Ciego de Ávila.

Partiendo del problema científico se deriva el: **Objetivo General:**

Implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento acerca del cambio en el método y estilo de vida en pacientes hipertensos del consultorio No. 3 del Policlínico Julio Castillo, Chambras, Ciego de Ávila.

Del objetivo general se obtienen los siguientes **Objetivos específicos:**

1. Diagnosticar el conocimiento de los participantes sobre el cambio en el método y estilo de vida de los pacientes hipertensos antes de la intervención educativa.
2. Aplicar una estrategia de intervención diseñada para elevar el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el cambio en el método y estilo de vida.
3. Evaluar la modificación del conocimiento después de la intervención.

**Hipótesis de Intervención:** Si se aplica una estrategia de intervención educativa acerca de la hipertensión arterial y el cambio en el método y estilo de vida, entonces se elevará el conocimiento en pacientes hipertensos del Consultorio No. 3 del Policlínico Julio Castillo, Chambras, Ciego de Ávila.

## **MARCO TEÓRICO**

### **GENERALIDADES:**

Actualmente existe una población total de 9 mil millones de habitantes en el mundo, de los cuales el 7,4 millones mueren anualmente como consecuencia de enfermedades del corazón, siendo la hipertensión arterial la más importante.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo. El problema latente es la aterosclerosis, que progresa a lo largo de los años, de modo que cuando aparecen los síntomas, generalmente a mediana edad, suele estar en una fase avanzada. Los episodios coronarios (infarto de miocardio) y cerebrovasculares agudos se producen en forma repentina y conducen a menudo a la muerte antes de que pueda dispensarse la atención médica requerida.

### **DEFINICION:**

La hipertensión arterial es una enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mm Hg. Se considera Hipertensión Arterial cuando las cifras de presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mm Hg y 90 mm Hg de presión arterial diastólica y ante la presencia de enfermedades como diabetes, enfermedad renal crónica estos valores están en límite de 130/80 mm Hg. Se asocia a daños importantes de órganos blanco (corazón, riñones, vasos sanguíneos, órgano de la visión y encéfalo). Todas estas condiciones aumentan importantemente los riesgos de eventos cardiovasculares.

La hipertensión arterial esencial o primaria representa el 90 al 95% de los casos y el 5 al 10% restante corresponde a HTA secundaria. Las causas de la HTA secundaria son: enfermedad renovascular, enfermedad renal parenquimatosa,

coartación aórtica, síndrome de Cushing y uso de medicamentos como anticonceptivos orales y corticoides, entre otros.

#### **CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN.**

Es importante destacar que cuando la Tensión arterial sistólica (TAS) y la Tensión arterial diastólica (TAD) caen en diferentes categorías, debe seleccionarse la más alta para la clasificación de la Hipertensión Arterial.

CLASIFICACION	TA	TAS mm Hg	TAD mm Hg
Normal		< 120 y	< 80
Pre hipertensión		121-139 o	81-89
Hipertensión estadio 1		140-159	
Hipertensión estadio 2		≥ 160	

## DIAGNÓSTICO

Muy frecuentemente la primera manifestación de la HTA es el daño en órganos blanco, con aparición de enfermedad coronaria (EC), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), evento Cerebrovascular (ECV) o enfermedad renal crónica (ERC). En general, los síntomas de la HTA, cuando se presentan, son inespecíficos e incluyen cefalea, mareo y acúfenos. Para hacer el diagnóstico de HTA, se debe promediar dos o más mediciones tomadas con un intervalo de dos minutos, por lo menos. Si éstas difieren por más de 5 mm Hg, se deben obtener mediciones adicionales. Es recomendable realizar tomas en días diferentes antes de establecer el diagnóstico definitivo. El diagnóstico debe ser hecho en dos o más visitas posteriores a aquella en que se encontraron cifras elevadas de PA.

Factores Mayores de Riesgo de Hipertensión Arterial:

- Familiares hipertensos
- Tabaquismo
- Obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>)
- Inactividad física
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus

Microalbuminuria o filtración glomerular estimada .55 años para el hombre, >65 años para la mujer)

Historia familiar de enfermedad coronaria prematura.

Una vez identificados los factores que presenta un individuo es necesario estimar cual es el riesgo cardiovascular global para tomar decisiones terapéuticas sobre todo en aquellas personas sin una enfermedad cardiovascular establecida, ya que las personas con un trastorno cardiovascular ya establecido se incluyen en un riesgo alto y por lo tanto requieren intervenciones de cambio en su modo de vida, así como un tratamiento farmacológico adecuado.

#### **TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La meta de la terapia antihipertensiva es la reducción de la morbimortalidad por eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y la prevención del daño renal. Se recomienda lograr cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mm Hg, en presencia de diabetes o Enfermedad Renal Crónica, TA menor de 130/80 mm Hg.

#### **MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

-ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

Actividad y ejercicio físico

Nutrición saludable

Reducción de consumo de sal

Suspender tabaquismo (Consejería y ayuda a los fumadores para que

dejen de fumar)

Disminuir la ingesta de alcohol

Reducción y estabilización del peso

Control del stress psicosocial

Promover terapias de relajación, cognitivas y meditación

## □ □ Participación del equipo multidisciplinario

La educación se realiza en lo que respecta a ejercicio, peso, alimentación, además de promover y reforzar a los grupos de pacientes hipertensos.

Por tratarse de una enfermedad crónica, progresiva, irreversible y muchas veces incapacitante, la hipertensión arterial afecta la vida tanto de la persona que la padece, como de su entorno familiar social y laboral, en caso de un control inadecuado.

El proceso educativo en hipertensión arterial es parte fundamental en el tratamiento y permite al paciente convertirse en protagonista de su enfermedad, al involucrarse activamente en los objetivos del tratamiento junto a su equipo de salud.

La Educación es un derecho de la persona con hipertensión arterial, y una obligación de los prestadores de salud. Es una actividad terapéutica de igual importancia o inclusive mayor que cualquiera de los otros componentes del tratamiento y como tal debe estar bajo la responsabilidad y dirección del Equipo de Salud, debe cumplir con estándares mínimos y ser evaluada periódicamente.

## **EJERCICIO**

En pacientes hipertensos, el riesgo de enfermedad cardiovascular es elevado, se les debe realizar una prueba de esfuerzo antes de iniciar la rutina de ejercicio, la cual se recomienda para identificar isquemia, arritmias e isquemia miocárdica asintomática, entre otras.

La prueba de esfuerzo también puede proporcionar datos acerca de la frecuencia cardíaca máxima y la respuesta de la presión arterial, los que servirán para establecer la prescripción del ejercicio. Hay pacientes que también cursan con otras patologías de origen osteomuscular que deben tomarse en cuenta a la hora de indicar el ejercicio. La presión arterial puede disminuir con 30 minutos de

actividad física moderadamente intensa como trotar (en forma acelerada) seis a siete días a la semana o por ejercicios más intensos y menos frecuentes.

## **P E S O**

Mantener el peso corporal dentro de los límites normales con un índice de masa corporal entre 18,5 a 24,9 Kg/m<sup>2</sup>. La reducción de 9,2 kg (20,2 libras) de peso disminuye un promedio de 6,3/3,1 mm/Hg las cifras de presión arterial.

## **A L I M E N T A C I O N**

La alimentación sana debe consistir en un régimen rico en frutas, verduras, fibras, lácteos con bajos porcentajes de grasas.

Disminuir la ingesta de sodio a menos de 5 g/día con lo cual se logra hacer disminuciones de hasta 10 mm Hg de presión arterial



**MODIFICACIONES EN ESTILO DE VIDA EN EL MANEJO DE LA  
HIPERTENSION**

MODIFICACION	RECOMENDACIÓN	REDUCCION APROXIMADA Presión Arterial Sistólica
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal IMC 18,5 - 24,9	5 - 20 mm Hg/10 Kg de reducción de peso
Dieta	Dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias, saturadas y totales.  Rica en potasio y calcio	8 - 14 mm Hg
Reducción de Sodio en la dieta	Reducir consumo de sodio, no más de 100 mmol/día (2,4 g sodio o 6 de cloruro de sodio)	Mínimo de dos a cinco cucharitas (5 miligramos)
Actividad física	Ejercicio físico aerobio regular como caminar rápido al menos 30 min por día casi todos los días de la semana	4 - 9 mm Hg
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres	2 - 4 mm Hg

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

El objetivo principal del tratamiento antihipertensivo es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, lo que se logra con la reducción de la presión arterial y el control de factores de riesgo modificables. Es importante

individualizar el tratamiento de la hipertensión arterial a las particularidades de cada paciente acorde a su patología y riesgo.

Los fármacos de primera elección para HTA no complicada son los diuréticos ya que cuentan con más evidencia de ensayos clínicos aleatorizados y controlados que demuestran su eficacia en reducción de morbi-mortalidad cardiovascular. Para la reducción de la HTA, la evidencia no muestra diferencias importantes entre las clases de medicamentos pero sí sobre sus efectos secundarios.

Se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas para reducir los efectos secundarios. La elección del fármaco debe hacerse de forma individual y considerar: Riesgo cardio-vascular individual Disponibilidad del medicamento, Daño en órgano blanco Posibles interacciones con otros medicamentos.

LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ANTIHIPERTENSIVOS SON: DIURÉTICOS:  
Bumetanida Furosemida Torasemida

BLOQUEANTES DE LOS RECEPTORES DE ALDOSTERONA: Espirenona  
Espironolactona

BETABLOQUEANTES: Atenolol, Betaxolol, Bisoprolol, Metoprolol, Metoprolol retardado, Nadolol Propanolol, Propanolol retardado, Timolol.

ALFABETABLOQUEANTES COMBINADOS: Carvedilol Labetalol

INHIBIDORES ECA (IECA): Benazepril, Captopril, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril, Moexipril Perindopril, Quinapril, Ramipril, Trandolapril.

ANTAGONISTAS ANGIOTENSINA II (ARA II): Candesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan Olmesartan, Telmisartan, Valsartan.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después con el objetivo de evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención comunitaria para modificar conocimientos relacionados con el programa de hipertensión arterial, así como el cambio en el método y estilo de vida como método de rehabilitación en pacientes hipertensos de consultorio 3, del área de salud Policlínico Julio Castillo, Chambras, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre enero de 2018 hasta junio de 2020.

## UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido

#### **CRITERIO DE INCLUSION :**

Los pacientes con hipertension arterial del CMF 3 entre 15 y 64 años han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (ver Anexo I).

#### **CRITERIO DE EXCLUSION :**

1. Residentes temporales en el area de salud.
2. Mujeres que presenten algun impedimento fisico o mental que le impida responder a las preguntas de la investigacion.
3. Pacientes con otros diagnostico + Hipertencion Arterial.

#### **CRITERIOS DE SALIDA**

1. Abandono por decision propia.

#### **Metodos de obtencion de informacion**

Los datos fueron recogidos a traves de una encuesta (Ver Anexo II), fuente de informacion primaria de la investigacion, aplicada un antes y despues; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del area de salud del Policlinico "Julio Castillo" de Chambas.

Dada las características de busqueda de informacion rapida y economica se aplico la tecnica anteriormente mencionada, luego se aplico la estrategia de intervencion educativa, diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con la Hipertension Arterial, en la muestra de estudio (Ver Anexo :::::), luego de esto se aplico una entrevista (ver anexo !!!!), una semana despues de concluida la intervencion, para de esta forma dar salida a los objetivos especificos.

**Aplicacion de la estrategia de intervencion educativa:** constara de las siguientes etapas: diagnostica, intervencion propiamente dicha y de evaluacion.

**Etapa diagnóstica:** los conocimientos sobre la Hipertensión Arterial, fueron identificadas utilizando las técnicas antes mencionadas y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

**Etapa de intervención parcialmente dicha:** la muestra se dividió en \_\_\_\_ grupos de \_\_\_\_ mujeres. cada intervención se planificó para impartirla en un periodo de \_\_\_\_ meses y para ello se desarrollaron \_\_\_\_ sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo de pacientes. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

**Etapa evaluación:** se aplicaron nuevamente las técnicas descritas una semana después de finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Los métodos y técnicas aplicadas fueron los siguientes:

**Métodos del nivel teórico:**

- **Historico- Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio, y como se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Avila.
- **Analítico- Sintético:** Se analizaron y compararon las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados con la hipertensión arterial.
- **Inductivo - Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

- **Modelacion:** Este permitio modelar a partir de los elementos teoricos, metodologicos y los datos empiricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervencion educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigida por el equipo basico de salud para promover acciones de educacion y prevencion sobre la hipertencion arterial del area de salud del Policlinico "Julio Castillo", Chambas, Ciego de Avila.

#### **Metodos del nivel empirico:**

- **La encuesta:** Es un metodos empirico (complementario) de investigacion que supone la elaboracion de un cuestionario, cuya aplicacion masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.
- **La entrevista:** Es un metodos de recogida de informacion cara a cara que permitira identificar los factores que estan influyendo en la incidencia de la hipertension arterial en la comunidad estudiada.
- **Pre- experimento:** Permitio evaluar la efectividad de la estrategia de intervencion educativa utilizando una prueba de constatacion inicial y constatacion final.

#### **Metodos estadisticos - matematicos**

- **Analisis porcentual:** se utilizo para representar en porcentos (%) los resultados de la comparacion cuantitativa.

En correspondencia al problema de investigacion que se pretende generalizar, a continuacion, se estructuro la presente investigacion desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaran estadisticamente los datos obtenidos buscando generalizar la informacion que describe las manifestaciones de la hipertension arterial en los pacientes.

## Operaciones de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Según años cumplidos	Media y desviación estándar
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.

### Plan de análisis de los resultados

Se confecciono una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la informacion y sera resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el analisis de las viariables socio- demograficas se utilizo estadisticas descriptivas de media y desviacion estandar. Para el analisis de la efectividad de la intervencion educativa se empleo la prueba estadistica Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la hipertension arterial antes y despues de la aplicacion del programa educativo.

### Aspectos eticos

Este ensayo clinico se realizo en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaracion de Heisinki ( Somerset West, Republica de Sudafrica, octubre de 1996).

Se pidio a todas las encuestadas seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explico el caracter voluntario, se insistio en el caracter confidencial de los datos y el manejo anonimo de los participantes, con el uso de codigos de identificacion. La autonomia se mantuvo desde la decision individual de

participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y beneficiosa con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficiencia, No Maleficencia y Justicia.



## ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla 1 - Participación según edad.

Edad	No.	%
De 25 a 34	42	9,6
De 35 a 60	182	42
Total	224	100

En la tabla 1. Analizamos el rango etario en el que mas que observo la hipertension que fue en el rango entre 35 a 60 años de edad lo cual coincide con la bibliografía consultada y en el que menos se observo fue en el de 25 a 34 años el cual no esta tan afectado pero se observa un ligero ascenso de los mismos, por la alta incidencia de stress en este grupo de edad.

**Tabla 2. Participantes segun el conocimiento sobre las medidas de rehabilitacion en la hipertension arterial, como vía para mejorar modo y estilo de vida.**

Nivel de conocimientos	Evaluacion			
	Antes		Despues	
	No.	%	No.	%
Adecuado	289	66.7	352	81.2
Inadecuado	144	33.2	81	18.7
Total	433	100	433	100

La tabla 2. el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de las medidas de rehabilitación del paciente hipertenso, sobre como cambiar modo y estilo de vida.

Se pudo observar que en la evaluacion inicial solo 289 de los participantes en el estudio, presentaban un conocimiento adecuado sobre cuales eran las principales medidas de rehabilitacion, para corregir modo y estilo de vida en el paciente hipertenso, para un 66,7 %, del total de participantes mientras que 144 de las personas que integran el estudio desconocian dichos mecanismos. Y representaban el 33.2% , lo cual coincide con otras bibliografias consultadas.

Una vez que ya se trabajo con la muestra a estudiar pudimos constatar que el 81.2 % de las personas estudiadas mejoro el nivel de conocimiento sobre la rehabilitacion del paciente hipertenso a pesar de que solo se pudieron mejorar algunos factores de riesgo y malos habitos de dichas personas. Siendo los factores de riesgo mas dificiles de trabajar con el enfermo la obesidad y el habito de fumar.

**Tabla 3. Sobre la importancia de conocer las medidas de rehabilitación sobre como eliminar el hábito de fumar.**

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	433	100		
Inadecuado	0	0		
Total	433	100		

En este caso la tabla muestra como el 100% de las personas que estudiamos en la muestra conocen los peligros que encierra el hábito de fumar en el paciente con trastornos hipertensivos y a la vez conocen todas las formas de como rehabilitar a estas personas pero la gran mayoría de los pacientes hipertensos que tenemos en el consultorio, se niega a someterse a estas medidas para corregir este importante factor de riesgo.

De los pacientes estudiados 256 son fumadores y solo 102 trabajan en el buscar una forma de eliminar el hábito de fumar, lo cual constituye una dependencia, que afecta a fumadores y a personas que no lo son.

Esto coincide con otros trabajos que hemos consultado, al igual que a literatura que hemos analizado también.

**Tabla 4. Nivel de conocimiento acerca de las medidas de rehabilitación para eliminar la obesidad como factor de riesgo importante en la hipertensión arterial. Todo esto en pacientes obesos de dicho estudio.**

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	92	73	112	88.8
Inadecuado	34	27	14	11.1
Total	126	100	126	100

En esta tabla 4. Nos muestra como al comienzo del estudio teníamos 92 pacientes obesos hipertensos en el consultorio los cuales conocían la importancia de mejorar su estado físico variando el peso corporal para mejorar su calidad de vida como medida de rehabilitación y teníamos 34 pacientes obesos que se negaban a permitir que tenía algún nivel de conocimiento sobre la enfermedad y la obesidad.

Después de nuestro trabajo logramos incorporar 112 de los 126 pacientes a realizar ejercicios físicos para corregir, este factor de riesgo y de esta forma ser rehabilitado, dicha situación se corresponde con otros estudios revisados y por bibliografía consultada, aunque no coincide con la misma del todo. Con la bibliografía consultada.

**Tabla 5 Sobre la importancia de corregir los malos hábitos dietéticos en pacientes hipertensos como medidas de rehabilitación.**

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	433	100	212	48.9
Inadecuado	0	0	221	51
Total	433	100	433	100

Esta tabla 5 nos muestra como todas las ppersonas de nuestro estudio conocen acerca de como mejorar sus habitos dieteticos para corregir como rehabilitacion su hipertension arterial, pero al final de nuestro estudio, llegamos a la conclusion de que solo una pequeña, parte de la muestra mejoro sus habitos dieteticos en comparacion con el resto que continuo con las mismas tendencia de alimentacion incorrectas.

En este caso esto coincide con muchas de la literatura consultada, sobre todo con revistas de salud norteamericanas donde la poblacion obesa crece apresuradamente.

## **CONCLUSIONES**

Predominaron las edades de la tercera década de la vida. Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimiento sobre el riesgo de la obesidad, el hábito de fumar, los hábitos dietéticos y su relación con la hipertensión arterial y sobre la importancia del cambio en el modo y estilo de vida del paciente hipertenso, resultando una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimiento, el nivel conocimiento general, también resultó un cambio significativo en forma de mejoría.

## RECOMENDACIONES

1. Aplicar el diseño de la estrategia preventiva a todas las familias afectadas por la enfermedad en el municipio y hacerlo extensivo a la provincia.
2. Incrementar los estudios provinciales en el cambio del método y estilo de vida del paciente hipertenso, con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo.

## BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.cubahora.cu/blogs/consultas-medicas/hipertension-arterial>
2. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1716/>
3. <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368444991006.pdf>
4. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-752320110003000023](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-752320110003000023). Pérez Caballero M D, León Álvarez JL, Fernández Arias M A. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. Rev Cubana Medicina. 2011 [citado 9 Abr 2012]; 50(3). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol50\\_03\\_11/med09311.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol50_03_11/med09311.htm) 4. Armano P, Segura J, Vigel L, Parody E, Rulote LM. Factores y causas de mal control y estrategia de corresponsabilidad médico paciente en el control de la hipertensión. Rev Cubana Med. 2007; 24(3):93-100. 5. European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology Guidelines for Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens. 2007; 25: 1105-87. 6. Schargrodsky H, Hernandez R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Aycaguer LC. Assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. Am J Med. 2008; 121: 58-65.
5. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-752320110003000039](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-752320110003000039). Díaz A, Tringler M, Molina JD, Díaz MC, Geromini V, Agüera D, et al. Control de la presión arterial en niños y adolescentes de una población rural de Argentina. Datos preliminares del Proyecto Vela. Arch Argent Pediatr. 2010; 108:68-74.
6. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232006000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000300001)
7. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
8. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial.html>
9. <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/hipertension-arterial>
10. <https://es.slideshare.net/CristianLuna9/encuesta-sobre-la-hipertension-arterial>
11. <https://www.rm.u.org.uy/revista/1994v2/art5.pdf>
12. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3040:2010-encuesta-diabetes-factores-managua-nicaragua&Itemid=1353&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3040:2010-encuesta-diabetes-factores-managua-nicaragua&Itemid=1353&lang=es)
13. <http://files.sld.cu/hta/archives/333>
14. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009)



**A N E X O S**

Anexo 1

Consentimiento informado para la participación en la investigación.

El que suscribe: \_\_\_\_\_  
doy mi conformidad para participar en la Investigación "Intervención Educativa comunitaria para trabajar en el cambio del modo y estilo de vida como método de rehabilitación en pacientes hipertensos del consultorio #3 área de salud policlínico julio castillo municipio de Chambas. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Dra. \_\_\_\_\_ quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre la Hipertensión Arterial y cambios en su método y estilo de vida.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la participante  
Dominguez

Dra. Maylen García

Anexo II

Encuesta 1

Se realiza una investigación sobre factores de riesgo en la hipertensión arterial, su colaboración es necesaria para lograr la obtención de la información adecuada que permita alcanzar los objetivos propuestos.

Datos generales:

Edad: \_\_\_\_\_

1. Sobre el Ejercicio Físico

- Habitualmente, cuantos días por semana realiza usted actividades físicas intensas (por ejemplo correr o hacer deportes agotadores durante al menos 10 minutos)

Días por semana \_\_\_\_\_

No realiza actividades intensas \_\_\_\_\_

- En los días en que usted realiza este tipo de actividades, cuanto tiempo emplea en realizarlas:

Horas \_\_\_\_\_

Minutos \_\_\_\_\_

- Habitualmente cuantos días por semana realiza usted actividades físicas moderadas (por ejemplo, andar en bicicleta, nadar durante al menos 10 minutos)

Días por semana \_\_\_\_\_

No realiza actividades moderadas \_\_\_\_\_

- En los días en que usted realiza este tipo de actividades, cuanto tiempo emplea en realizarla

Horas\_\_\_\_\_

Minutos \_\_\_\_\_

- Habitualmente cuantos días a la semana camina a ritmo normal, al menos durante 10 minutos, ya sea para trasladarse de un lugar a otro, como actividad recreativa o por deporte

Días por semana\_\_\_\_\_

No camina\_\_\_\_\_

- En los días en que usted camina, cuanto tiempo lo hace

Horas\_\_\_\_\_

Minutos\_\_\_\_\_

- Habitualmente cuanto tiempo por día pasa sentado, por ejemplo en su casa, como al trabajo o en clase

Horas por días\_\_\_\_\_

Minutos por días \_\_\_\_\_

2. Sobre el peso corporal

- En el último año, un médico u otro profesional de la salud ha dicho que tiene que bajar de peso

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No recuerdo \_\_\_\_\_

- Esta usted en estos momentos tratando de bajar de peso

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- En estos momentos está haciendo algo (por ejemplo, dieta, ejercicio, tomar medicamentos) para mantener controlado su peso

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- Cuando fue la última vez que se peso

Un año o menos \_\_\_\_\_ Entre uno y dos años \_\_\_\_\_

Más de dos años \_\_\_\_\_ No recuerdo \_\_\_\_\_

- Cuanto cree usted que está pesando

Peso en kilogramos \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

- Cuanto mide

Altura en centímetro \_\_\_\_\_

No se \_\_\_\_\_

3. Sobre habito de fumar

- Que edad tenia cuando fumo por primera vez

Edad en años \_\_\_\_\_ No recuerdo \_\_\_\_\_

- Actualmente fuma usted cigarrillos, pipa u otras formas de tabaco

Si, diariamente \_\_\_\_\_ Si, ocasionalmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- Durante los ultimos 30 dias en promedio cuantos cigarrillos, pipa u otras formas de tabaco fumó por dias

Numero de cigarrillos por dia \_\_\_\_\_ No recuerdo \_\_\_\_\_

- Cuando fue la ultima vez que fumo

Hace 24h o menos \_\_\_\_\_ Mas de un dia y menos de un mes \_\_\_\_\_

Entre uno y seis meses \_\_\_\_\_ Entre seis meses y un año \_\_\_\_\_

Mas de un año \_\_\_\_\_

## DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA

### ÁREA DE SALUD CHAMBAS

#### CIEGO DE AVILA

La estrategia de intervencion consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los pacientes.

Para la ejecucion de este trabajo se utilizo un programa educativo para evaluar los conocimientos sobre los cambios en el metodo y estilo de vida del paciente hipertenso y la importancia acerca de la hipertencion arterial y sus factores de riesgo.

La estrategia educativa consto de cinco actividades que fueron impartidas una vez por semana en horio vespertino

Programa educativo para aplicar conocimientos sobre los cambios en el metodo y estilo de vida del paciente hipertenso y sobre la importancia de los factores de riesgo y promover practicas de salud encaminadas a erradicar estilos de vida perjudiciales para la salud.

Tema 1: Presentacion del programa y su metodologia

Sumario:

1. Presentacion de los cordinadores y los participantes
2. Expectativas de los participantes
3. Programa y metodologia
4. Problematica de los pacientes

O bjetivos

1. Introduccion. Crear un medio de confianza y de intimidad

2. Valorar las necesidades grupales y las expectativas que promueve la actividad
3. Presentar el programa y la metodología a seguir
4. Proyectar la problemática actual de los pacientes