

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Intervención educativa sobre HTA en población envejecida,
consultorio 2 de la comunidad del Pueblo Holandés, Isla de
Turiguanó.

Autora: Dra. Katia Portal Hernández.

2022.

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“Tesis en opción al título de Especialista de 1er grado en Medicina General
Integral”

Intervención educativa sobre HTA en población de 60 años y más, consultorio 2
de la comunidad del Pueblo Holandés, Isla de Turiguanó.

Autora: Dra. Katia Portal Hernández.

Residente de 3er año de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Lidia Esther Izquierdo González.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesor asistente.

Asesor: Dr. Israel Triana Pérez

Especialista de 1er grado en Medicina Física y Rehabilitación.

Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.

Investigador Agregado.

Policlínico Universitario Norte “Diego del Rosario Padilla”, Morón, 2022.

A G R A D E C I M I E N T O S .

Gracias a Dios por permitirme terminar una etapa más en mi vida, la cual hoy culmina favorablemente como todas las metas y retos que se presentan.

Con todo mi cariño y amor para mis padres e hijo que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por estar siempre en mi corazón.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que impone la vida, a TODOS ellos por cada una de estas páginas.

A mi tutora y mi asesor: respectivamente, que me alentaron y guiaron en la realización de este proyecto de tesis.

Agradezco a nuestro *Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz* y a nuestra *Revolución Socialista* por darme la oportunidad de ser médico y de poder cumplir mis sueños.

DEDICATORIA

A mi familia, amigos, pareja y compañeros, porque han sido ante todos fuente de inspiración para ser mejor día a día, quién logra extraer lo mejor de mí desde que decidí el camino del conocimiento, y en especial mi madre e hijo a quién dedico todos y cada uno de mis logros.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa sobre los riesgos modificables de la HTA en la población envejecida perteneciente al consultorio 2 de la comunidad del Pueblo Holandés en la Isla de Turiguanó, del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre febrero del 2020 al febrero del 2022. El Universo de estudio estuvo constituido por 45 pacientes, con diagnóstico previo de hipertensión arterial tipo I. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre los riesgo modificables de la HTA, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades sobre la séptima década de la vida, el sexo masculino y el nivel de escolaridad preuniversitario. Se encontraron diferencias significativas y positiva entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre síntomas de la enfermedad y beneficios del ejercicio físico, aspectos a tener en cuenta para la toma de la TA y beneficios de la dieta, el nivel de conocimientos general, también resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

Palabras clave: Adulto mayor, Hipertensión Arterial tipo I, Intervención educativa, estilos de vida, factores de riesgo.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción 1	1
▪ Objetivos 6	6
▪ Marco teórico 7	7
▪ Método 19	19
▪ Análisis y discusión de los resultados 23	23
▪ Conclusiones 33	33
▪ Referencias bibliográficas 34	34
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

La HTA es un problema de salud dada su alta prevalencia, superior al 30 % en los menores de 60 años y el doble en los que superan dicha edad. En el mundo existen alrededor de mil millones de personas afectas ¹.

La Organización Mundial de la Salud informa que en 2010 en el mundo se habían diagnosticado de Hipertensión Arterial aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1990 a 1000 millones en 2010 ¹. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40% ².

La HTA es un problema de salud dada su alta prevalencia, superior al 30 % en los menores de 60 años y el doble en los que superan dicha edad. En el mundo existen alrededor de mil millones de personas afectas, solo en los Estados Unidos de América se estiman 50 millones de pacientes hipertensos y 45 millones con pre hipertensión; en España la prevalencia de hipertensión es de aproximadamente 35 %, 40 % en las edades medias y más de 60 % en los mayores de 60 años. Afecta aproximadamente a 10 millones de los individuos adultos ²⁻⁴.

La Hipertensión Arterial constituye un problema más importante en Europa que en Estados Unidos y Canadá. Se refleja que la hipertensión arterial es 60 % más frecuente en seis países europeos que en los dos norteamericanos citados. Los países europeos evaluados fueron Alemania, Finlandia, Suecia, Inglaterra, España e Italia, además de Estados Unidos y Canadá ²⁻⁴.

En el grupo de población mayor de 35 años la HTA afecta al 44 % de los europeos y al 28 % de los norteamericanos. La enfermedad fue más prevalente en Alemania (55 %), seguida de Finlandia (49 %), España (47 %), Inglaterra (42 %), Suecia (38 %), Italia (38 %), Estados Unidos (28 %) y Canadá (27 %).

Se reporta que en China, la prevalencia de hipertensión arterial alcanzó 24 %, advertidos de su enfermedad, existía el 42,6 %, tratados el 31,3 % y controlados solamente el 6 % del total de pacientes detectados por encuestas.

Perú muestra una prevalencia de hipertensión arterial de 22,3 %, en mayores de 18 años: 22,6 % en varones y 22,2 % en mujeres. En los estratos menos pobres fue 32,9 %, mientras que en México aproximadamente 15,2 millones de personas padecen HTA. El 61 % de ellas lo ignora, cinco de cada 10 mexicanos mayores de 50 años tiene la enfermedad. Del total de personas a quienes se les ha diagnosticado, menos del 50 % está bajo tratamiento médico farmacológico. Estos resultados alertan sobre la necesidad de intensificar las estrategias para la detección, control, tratamiento y prevención de la HTA ⁶.

En Venezuela, la hipertensión arterial representa una enfermedad de alto riesgo cardiovascular ubicándose en la primera causa de muerte hasta el 2004: 26,3 %, lo que traduce que esta enfermedad constituye un problema de Salud Pública ⁷.

Cuba exhibe hoy una prevalencia global de hipertensos de 2,6 millones en mayores de 15 años, lo que representa el 31 % de la población. Esta cifra se redujo ligeramente en un 2 % en relación con las prevalencias obtenidas en otros estudios nacionales, como la I y II Encuestas Nacionales de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles, en los períodos de 1995 y 2001. En el anuario estadístico del 2015 el Ministerio de Salud Pública informa una prevalencia de HTA de 217.5 (tasa por 1000 habitantes) y en Ciego de Ávila 208.6. En el Municipio Morón la prevalencia de HTA fue de 27,50 % y en el Área de Salud Norte de 27,81 % ^{7,8}.

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Entre esos factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus ^{9,10}.

La HTA puede ser prevenida. La mejor aproximación a la prevención primaria de esta enfermedad es una combinación de cambios en el estilo de vida (sobrepeso, sal y otros componentes de la dieta, actividad física y consumo de alcohol), que se ha demostrado reducen la incidencia de HTA y deberían ser recomendados para todas las personas. Para ello se pueden utilizar dos estrategias: una poblacional y otra intensiva dirigida a los sujetos de alto riesgo de HTA. En diversas investigaciones se ha demostrado que cambios en el estilo de vida pueden reducir los niveles de presión arterial ⁸⁻¹¹.

Los últimos estudios en población cubana adulta señalan una prevalencia entre 33 y 40 %, por ello la HTA es un importante problema de salud agravado por la relación estrecha que tiene con las enfermedades que constituyen las primeras causas de muerte y si a ello se agrega que el 15 % de las personas que padecen HTA en Cuba no están detectadas y que el nivel de pacientes controlados en el país no alcanza el 50 %, entonces se infiere que el control de esta enfermedad, de este factor de riesgo, debe considerarse como una prioridad para el Sistema Nacional de Salud ¹⁰⁻¹⁶.

En el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial se afirma que la prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial (PA) es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos ¹⁷.

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población e impactar sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad ¹⁷.

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen ^{16,17}.

De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios. Un estilo de vida saludable para la reducción de la presión arterial y el riesgo cardiovascular, puede reducir, retrasar o eliminar, en algunos pacientes, la necesidad de tratamiento farmacológico por un tiempo prolongado ^{12,13,16,17}.

La Hipertensión Arterial (HTA) es un importante problema de salud debido a su alta afectación poblacional, su incremento progresivo con la edad, ser un factor de riesgo vascular mayor y el alto grado de descontrol de los pacientes, es una enfermedad con gran impacto en la población del mundo occidental, de frecuente presentación y principal motivo

de consulta médica. A pesar de los elevados reportes de prevalencia existe un subregistro de la enfermedad a lo cual contribuye su escasa sintomatología ^{16,17}.

Por la magnitud del problema planteado y la tendencia al ascenso de dicha afección es lo que nos lleva a estudiar las causas más importantes a padecer esta enfermedad ^{8,17}.

En la provincia de Ciego de Ávila, a pesar de la lucha que se lleva a cabo para evitar la HTA, se ha demostrado que sigue creciendo el número de pacientes que padecen esta enfermedad y el municipio de Morón, no está ajeno a este incremento, como tampoco lo está el consultorio 2 del área de salud Policlínico Universitario "Diego Del Rosario" Morón, ya que en los últimos 3 años ha tenido un incremento de un 9% de pacientes que comienzan a padecer la enfermedad.

Estos argumentos justifican la necesidad de resolver el siguiente **problema científico**:
¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre los riesgo modificables de la HTA en la población envejecida de la comunidad del Pueblo Holandés en la Isla de Turiguanó, del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Aplicar un programa de intervención educativa sobre los riesgos modificables de la HTA en la población envejecida de la comunidad del Pueblo Holandés en la Isla de Turiguanó, del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas de interés.
2. Determinar el nivel de conocimientos los riesgos modificables de la HTA en la población de estudio.
3. Aplicar un programa de intervención educativa sobre los riesgos modificables de la HTA.
4. Evaluar el nivel de conocimientos sobre los riesgos modificables de la HTA después de la intervención.

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre los riesgo modificables de la HTA en la población envejecida del consultorio 2, de la comunidad del Pueblo Holandés en la Isla de Turiguanó, del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial, (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de las personas y las poblaciones de todas partes del mundo y por tanto una de las de mayor demanda económica para el individuo, la familia y el país ya que por el elevado índice de padecimiento de esta y sus graves complicaciones se requiere de incontables y costosos recursos. Representa por sí misma una enfermedad y también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia renal y contribuye de manera importante a la retinopatía; con su control y un tratamiento oportuno se reduce el desarrollo de estas enfermedades ¹⁸.

Padecimiento, a menudo asintomático, caracterizado por la elevación de la presión arterial por arriba de 140/90 mm de Hg. La hipertensión esencial es la más frecuente, sin una causa determinada, se manifiesta con mayor frecuencia en las personas obesas, con hipercolesterolemia, hipernatremia sérica, y con antecedentes familiares de hipertensión arterial ^{18,19}.

Las enfermedades hipertensivas contemplan una gama amplia de padecimientos con aumento de las cifras de la presión sanguínea. La hipertensión esencial o primaria es la más común, se le confunde ordinariamente con los términos de sistémica, primaria y maligna. Se incluye también la enfermedad cardiaca hipertensiva y sus variantes; la enfermedad renal hipertensiva; la enfermedad cardiorrenal hipertensiva y la hipertensión secundaria ¹⁸.

Bernard Payrau, refiere que la HTA es una enfermedad crónica cuyos factores favorecedores son ¹⁹:

— Hereditarios.

— Consecuencia del modo de vida de la persona que ha acabado por revelar sus fragilidades constitucionales o funcionales, y dejar unas alteraciones duraderas que sólo un tratamiento apropiado permitirá hacer desaparecer.

Debemos tener conciencia de que tratar a los hipertensos es, de hecho, enfrentarse a la enfermedad cardiovascular, actual o potencial. La HTA sólo es uno de los numerosos factores de riesgo que hay que dominar ¹⁹.

Fisiopatología de la Hipertensión Arterial

Aunque no se ha esclarecido completamente su fisiopatología, si se han venido acumulando suficientes conocimientos sobre esta, lo que ha llevado a la OMS a que proponga el cambio de Hipertensión esencial o idiopática por hipertensión primaria ^{21,22}.

En la génesis de la hipertensión arterial es necesario considerar el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica; el gasto cardiaco está determinado por el retorno venoso, la contractilidad cardíaca y la frecuencia cardiaca y en cuanto a la resistencia vascular periférica, que es tal vez el mayor determinante, depende del tono arterial, la viscosidad de la sangre y su velocidad de circulación: dentro de estos factores el principal es el tono venoso que está determinado por el sistema simpático y para simpático y de manera principalísima por el riñón, que produce renina, que va al torrente sanguíneo y se une a la globulina hepática hipertensinogeno para formar la angiotensina ^{21,22}.

La aparición de complicaciones en esta enfermedad es directamente proporcional al nivel de incremento de la presión sanguínea sobre lo normal; sin embargo, se conoce bien lo difícil que resulta mantener compensado a un hipertenso, fenómeno en cuya base subyacen problemas como un estilo de vida inadecuado, un bajo nivel cultural e incluso la ausencia de una óptima relación médico-paciente ²³.

Investigaciones como la de Framingham, MRFIT, Administración de Veteranos y el MRC Working Party han demostrado que los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares fatales y no fatales, se incrementan de forma progresiva con el aumento de las cifras sistólicas y diastólicas. Esta relación ha resultado ser fuerte, continuada, independiente, predictiva y etiológicamente significativa ^{25,26}.

A la vista de estos estudios, el Séptimo Informe del Joint National Committee elaboró una nueva clasificación de la PA para los adultos de edad mayor o igual a 18 años, que incluía una nueva categoría denominada prehipertensión, puesto que estos individuos presentan un aumento del riesgo de progresión a Hipertensión y muestran un incremento del riesgo de Enfermedades Cardiovasculares ^{25,26}.

La etiología de la HTA es desconocida en el 90-95 % de los casos, identificándose como esencial o primaria. El restante 5-10 % es debido a causas secundarias ^{25,26}.

Clasificación De La Hipertensión Según Cifras Tensionales.

La clasificación clínica de la hipertensión arterial se subdivide en: esencial y secundaria. La hipertensión esencial se clasifica en tres tipos: hiperreacción tensional, la moderada y la severa o maligna ^{20,25,26}.

Según el Joint National Committee of prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure del 2003, la tensión arterial se clasifica en ^{26,27}:

- Normal cuando la presión arterial sistólica (PAS) <120 y presión arterial diastólica (PAD) < 80, medida en mm de Hg.
- Prehipertensión: PAS 120-139 mmHg y PAD 80-89 mmHg; esta es denominada normal alta por la organización mundial de la salud (OMS)
- Hipertensión estado 1: PAS 140-159 mmHg y PAD 90-99 mmHg
- Hipertensión estado 2: PAS > 160 mmHg y PAD >100

Para la OMS existe el estado 3 que ubica la PAS > 180 y la PAD > 110 mmHg ²⁸.

Clasificación De La Hipertensión De Acuerdo Con Su Etiología.

- Hipertensión esencial o idiopática: corresponde al 95 % de todos los casos de hipertensión arterial en adultos y en ellos no se encuentra una causa clara, suele haber una historia familiar de HTA y factores de riesgo asociados derivados de hábitos de vida no saludables como sedentarismo, tabaquismo, obesidad, alcoholismo, alto consumo de sal y situaciones de tensión psicosocial.
- Hipertensión secundaria: está causada por una alteración orgánica que se puede identificar (enfermedad renovascular, coartación aórtica) feocromocitoma; corresponde al 5 % del total de casos y debe sospecharse en menores de 20 años y mayores de 55 años con enfermedad de novo o en pacientes que no presentan respuesta a tratamientos bien instaurados ^{27,28}.

El conocimiento de los terrenos humanos en homeopatía con sus factores de riesgo y sus fragilidades patológicas nos permite comprender mejor los medicamentos homeopáticos y prever si la HTA tendrá más o menos consecuencias, si su evolutividad es importante o no ^{26,27}.

Epidemiología.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad con alta prevalencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que las enfermedades cardiovasculares, constituyen alrededor de 48% de las defunciones mundiales por enfermedades no transmisibles, siendo la primera causa de morbi-mortalidad la hipertensión arterial con una prevalencia del 30-35% en la población general. Según los datos de la OMS en el mundo se cuantifican alrededor de 900 millones de personas cuyas cifras tensionales están por encima de lo que hoy se considera normal. Se ha estimado que la tensión arterial alta es responsable del 51% de los eventos cerebrovasculares mortales y del 45% de las muertes por coronariopatías. La HTA es el factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares que mayor número de consultas motiva, para su detección y control ^{27,28}.

En China, la prevalencia de hipertensión arterial en la población de adultos mayores en la provincia de Liaoning, es de 57% en edades de 60-69 años, 64.4% en edades de 70-79 años y de 64.9% en mayores a 80 años. Teniendo una alta prevalencia, acompañados de factores asociados como sobrepeso y obesidad con 17%, hábito tabáquico de 56% en los varones y 24.1% en mujeres ²⁸.

En los Estados Unidos, la prevalencia de HTA en la población general fue de 29.1% en el año 2011. La prevalencia aumenta con la edad, así tenemos que de los 18 a 39 años la prevalencia fue de 7.3%, de los 40 a 59 años fue de 32.4%, desde los 60 años y mayores fue de 65%. Así mismo parece haber una asociación con la etnia teniendo mayor prevalencia con afroamericanos, que con hispanos, asiáticos o no hispánicos ²⁸.

En España, en la población general la prevalencia es alrededor del 37%; en Bilbao, en una población dentro de un programa de actividad física, la prevalencia de HTA se encuentra en 20.01%. En mayores de 60 años la prevalencia se sitúa en 65% (29,30). En cambio la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes hospitalizados es de 62.9%, siendo factores asociados 15% la dislipidemia y 66% la diabetes en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Santiago de Compostela ⁹.

En el país de México, la prevalencia de hipertensión arterial varía según la región y ciudad, desde un 20 a 35%, en ciudades como Guadalajara es del 34.6%; en otros lugares como México DF oscila en 26 - 29.9%, pero siempre se mantiene una relación de que en centros urbanos es más alta que en los rurales, por ejemplo en Chiapas con gran población rural la prevalencia está entre 22-25% ^{13,16}.

En Venezuela en un estudio del 2008 en una población rural la prevalencia de HTA es de 33%, con una prevalencia de tabaquismo de 29.33%, de sedentarismo de 52.67%, de antecedentes familiares de 64.67% y de hipercolesterolemia de 56% ¹⁷.

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social o cultural, que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar una enfermedad. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y sirve como un predictor estadístico de la enfermedad y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. La Hipertensión Arterial está asociada a distintos factores personales tanto no modificables, como modificables; estos últimos nos dan la posibilidad de prevenir o retardar la aparición de esta enfermedad ^{29,30}.

1. Los no modificables: son aquellos cuya aparición no dependen del individuo como la edad, el sexo, la raza y la herencia.

2. Modificables: son aquellos cuya aparición está estrechamente ligadas a hábitos del individuo como el tabaquismo, obesidad, stress, alcoholismo, la elevada ingesta de sodio y el sedentarismo y una vez identificados uno o varios factores de riesgo, estos se pueden modificar mediante el curso de una acción del tipo de un programa de intervención basado en educación para la salud ³¹.

Sedentarismo:

Según las guías de actividad física de Estados Unidos se indica que para prevenir, así como para tratamiento no farmacológico para la HTA se recomienda como mínimo 30 minutos al día de ejercicio, tres veces por semana, por debajo de eso se considera sedentarismo en la población general ^{30,31}.

El riesgo relativo de muerte por cardiopatía coronaria, en personas que son sedentarios en comparación con individuos activos es 1,9 (95% 1.6 a 2.2) veces mayor que en personas no sedentarias. Los factores de riesgo conocidos explican el 59% de la asociación entre actividad física y enfermedades cardiovasculares ^{30,31}.

"La HTA es una enfermedad crónica de alto riesgo y afecta a millones de personas alrededor del mundo, por lo que pequeñas disminuciones en PAS y PAD de 2 mmHg logradas con el ejercicio físico, pueden reducir el riesgo de evento cerebro vascular en un 14% y el 17% respectivamente, en el riesgo de enfermedad coronaria en un 6% y 9%

respectivamente. Además, una reducción de 5 mmHg en la presión sistólica se ha estimado que disminuye la mortalidad por enfermedad coronaria, evento cerebro vasculares y resto de causas un 9%, 14% y 7% respectivamente. En adición a ello la disminución de la presión arterial diastólica en 5 mmHg está asociada a un 34% de disminución de un evento cerebro vascular y un 21% en la reducción en la enfermedad arterial coronaria" ^{30,31}.

Los efectos positivos del ejercicio físico sobre los pacientes hipertensos se pueden sintetizar en lo siguiente ^{31,32}:

- Mejora la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo ya sea por aumento del llenado ventricular durante la diástole y mejora de su contractibilidad.
- Induce la vasodilatación y vasorelajación mediante aumento el flujo sanguíneo sobre las paredes vasculares, produciendo estrés directo sobre el endotelio que a su vez estimula la producción de óxido nítrico.
- Mejora la rigidez de la pared arterial, así como los efectos neurohumorales, vasculares y de adaptación estructural, la disminución de las catecolaminas, del peso corporal y de las reservas de grasa están asociados a una mejoría en la sensibilidad a la insulina ³².

Los efectos beneficiosos se observan adultos, tercera edad, no ejercen un impacto significativo sobre la tensión arterial de los personas normotensas, pero sí se encontró un efecto protector contra el aumento de tensión arterial que puede haber con los años ³².

Según el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) los hipertensos físicamente activos y con buena condición física aeróbica tienen unos riesgos de mortalidad marcadamente más bajos que los hipertensos sedentarios y de pobre condición física, probablemente porque el ejercicio también mejora un buen número de otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular" ³².

Estrés:

El estrés es un estimulante evidente del sistema nervioso simpático. Los individuos hipertensos y los que probablemente presentarán hipertensión sufren mayor estrés o responden a él de una manera diferente. Existen estudios que avalan que las personas expuestas al estrés psicógeno pueden desarrollar hipertensión más frecuentemente que quienes no lo sufren. Incluso en individuos jóvenes sanos se ha demostrado disfunción endotelial transitoria después de experimentar estrés mental. Además la exposición al estrés no sólo puede aumentar la PA por sí sola, sino que también puede generar un aumento del

consumo de alcohol y de lípidos. La vía final común para muchos de estos factores es el sistema nervioso simpático (SNS), que participa en las primeras etapas del desarrollo de la hipertensión esencial y en los efectos hipertensivos de la sal, la obesidad, el sedentarismo, y posiblemente también, el estrés. Existe un mecanismo por el que el estrés intermitente se puede traducir en hipertensión sostenida. La adrenalina secretada en la médula suprarrenal induce cambios mucho más importantes y prolongados de la PA que la relativamente breve respuesta de huida. Estimula los nervios simpáticos y además actúa sobre el receptor beta 2 presináptico, para facilitar la liberación de más noradrenalina (NA). Además puede haber una alteración en la recaptación neuronal de NA en individuos con hipertensión esencial que dejaría expuestas las células vulnerables a niveles más elevados de NA ^{32,33}.

Obesidad:

Para determinar el sobrepeso y obesidad se utilizara el índice de Quetelet: Peso/Talla^2 (también ha sido conocido como índice de Davenport) cuando el índice está entre 25-29.9 se encuentra en sobrepeso y cuando es ≥ 30 se determina en obesidad ³²⁻³⁴.

En Latinoamérica la prevalencia de sobrepeso más obesidad esta en alrededor del 20%, pero varía entre los diferentes países, teniendo en Brasil, México y Argentina entre el 20 - 26% y en países como Ecuador y Perú entre 10 - 20% ³²⁻³⁴.

Alcohol:

En las dos décadas anteriores, los estudios epidemiológicos han establecido una relación entre el consumo de alcohol y la HTA, en ambos sexos y para todos los tipos de bebidas alcohólicas. El consumo excesivo de alcohol debe ser considerado como un posible factor de riesgo para la HTA. Se han descrito varios posibles mecanismos por los que el alcohol media su efecto en la PA ³⁵⁻³⁷:

- Aumento de los niveles de renina-angiotensina y/o de cortisol.
- Efecto directo sobre el tono vascular periférico, probablemente a través de interacciones con el transporte del calcio.
- Alteración de la sensibilidad a la insulina.
- Estimulación del Sistema Nervioso Central.
- Depleción de magnesio que podría provocar vasoespasmo e HTA.

El consumo excesivo de alcohol se relaciona con un aumento de la PA, así como con arritmias cardíacas, miocardiopatía dilatada y accidentes cerebrovasculares hemorrágicos. La mortalidad por accidente cerebrovascular hemorrágico aumenta en caso de consumo excesivo de alcohol. Existen estudios que sugieren que el consumo moderado de alcohol protege de la enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Se ha descrito que en las personas con consumo moderado de alcohol, existe una reducción significativa de las moléculas de adhesión endotelial en comparación con los bebedores importantes o con los abstemios, contribuyendo en la protección contra la aterosclerosis ³⁵⁻³⁷.

Ingesta de sal:

El consumo excesivo de sodio (Na) que se ingiere en la dieta en forma de cloruro sódico (sal común, 60% cloruro y 40% sodio), de manera que por cada 2,5 g de sal se toma 1 g de sodio, es uno de los principales factores responsables del origen de la HTA, que induce al aumento del volumen sanguíneo y de la precarga, lo cual eleva el gasto cardíaco ³⁵.

Esta ingesta excesiva es la causa de 30% de la prevalencia de hipertensión en el mundo. El consumo elevado de sal también causa cálculos renales y tiene una fuerte asociación y una base fisiopatológica con la osteoporosis, la mayor gravedad del asma y la obesidad. Los mecanismos por los cuales la ingesta excesiva de Na induce HTA se encuentran los defectos en la excreción renal de Na: vasoconstricción renal y mayores índices de reabsorción proximal de Na. El aumento de la actividad del intercambiador sodio - hidrógeno en el túbulo proximal, mayor nivel en la actividad del SNS ³⁵.

La meta internacional para el 2020 es que cada persona ingiera por día menos de un total de 2000 mg de sodio o 5 g de sal. Los países deberían utilizar los métodos más fidedignos y válidos para determinar un nivel de referencia de las fuentes principales de sal en el régimen alimentario de la población, es decir, la sal presente en los alimentos procesados comercialmente y los alimentos consumidos en los restaurantes o provistos por los servicios de comida, se agregada antes de comercializarlos, y la sal u otros productos de alto contenido de sal agregados en la mesa y al cocinar, y el consumo de sal a nivel de la población ³⁵.

Tabaquismo:

En los países desarrollados el 15% del presupuesto de salud corresponde a cuidados de salud relacionados con el cigarrillo. Para la última década del siglo pasado 3 millones de

personas a nivel mundial murieron debido al referido hábito, proyectándose que para el año 2020 se produzcan 8.4 millones de muertes”^{39,40}.

Los fumadores tienen el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular en comparación a los no fumadores. Los ex fumadores de menos de 10 años tiene la mitad de riesgo que los fumadores y las personas que han dejado de fumar hace más de 10 años tienen igual riesgo cardiovascular que las personas que son no fumadores^{39,40}.

Fumar tabaco es un factor de riesgo de gran importancia en el desarrollo y progresión de la enfermedad cardiovascular. En estudios epidemiológicos han establecido que el consumo de cigarrillo se ha relacionado a un incremento de hasta 2.5 veces mayor riesgo para enfermedad arterial coronaria por encima de los no fumadores. Para los fumadores que sobrevivieron al primer infarto agudo de miocardio, el riesgo de muerte en 4 años fue 2.3 veces mayor para los que continuaron fumando^{39,40}.

El cigarrillo, es un producto de consumo masivo que posee alrededor de 4.700 componentes nocivos para la salud. Que es capaz de producir alteraciones a través del monóxido de carbono relacionado con la carboxihemoglobina, la nicotina. Tiene los siguientes efectos sobre el sistema cardiovascular como, incremento de la presión sanguínea, efecto cronotrópico positivo, aumento niveles de catecolaminas plasmáticas, incrementa el LDL y disminuye el HDL, aumenta de adhesión plaquetaria, incremento en radicales libres. La rigidez arterial es conocida cada vez más como un importante factor de riesgo y predictor de muertes de causa cardiovascular. McVeigh y colaboradores, con el uso de métodos invasivos demostró anomalías en las ondas de presión de la arteria braquial de fumadores crónicos. En personas de edad avanzada, el tabaquismo se asocia con aumento de la rigidez de la arteria carótida, incluso en sujetos en ausencia de aterosclerosis^{39,40}.

En estudios epidemiológicos, aunque no en todos, se demostró que los individuos que fumaban tenían la presión arterial más baja que la de los no fumadores. Tal característica se produjo en los hombres, las mujeres, los adolescentes, los adultos y las diferentes razas. Sin embargo, esta observación se atribuyó principalmente al tabaquismo crónico, con pérdida de peso corporal de los fumadores activos que contribuye a la disminución de la PA^{39,40}.

Manifestaciones clínicas.

La hipertensión se ha denominado el asesino silencioso, pues es un trastorno crónico asintomático que lesiona de forma silente los vasos sanguíneos, el corazón, el cerebro y los

riñones si no se detecta ni se trata. La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial no tienen síntomas específicos con relación a su hipertensión arterial y a menudo son identificados en un examen médico de rutina. Cuando los síntomas obligan al paciente a ir a la consulta médica, esta sintomatología se relaciona con los síntomas de la hipertensión arterial, los síntomas de la enfermedad vascular hipertensiva, y los síntomas derivados de la enfermedad de base en caso de una hipertensión arterial secundaria ^{41,42}.

Uno de los síntomas más frecuentes es la cefalea, la cual sobre todo se observa en la hipertensión arterial severa, se localiza en la región occipital, el paciente se despierta con la cefalea y se calma luego de varias horas. Otras manifestaciones pueden ser: vértigos, palpitaciones, fatiga fácil e impotencia. Los diversos factores de riesgo vascular (arterioesclerosis, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo) ejercen un efecto sinérgico, acelerando la aparición y agravando la evolución de la disfunción eréctil ^{41,42}.

Como consecuencia de la enfermedad vascular el paciente puede presentar epistaxis, hematuria, visión borrosa por los cambios retinianos, así como episodios de debilidad o vértigos debidos a una isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea como consecuencia de una insuficiencia cardíaca. Ocasionalmente puede presentar dolor toraco-abdominal por un aneurisma disecante de aorta o la ruptura del mismo. En el caso de una hipertensión arterial secundaria los pacientes pueden presentar poliuria, polidipsia, y debilidad muscular secundaria a una hipokalemia por un aldosteronismo primario o pueden señalar ganancia de peso y labilidad emocional en pacientes con síndrome de Cushing. Los pacientes con un feocromocitoma pueden presentar episodios de cefalea, palpitaciones, sudoración profusa e hipotensión postural ^{41,42}.

La presión arterial per se no es más que una cifra que adquiere importancia por cuanto a mayor nivel tensional, tanto sistólico como diastólico, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos. La Hipertensión Arterial (HTA) se diagnostica cuando las cifras promedio de la presión arterial sistólica y/o las de la presión arterial diastólica, son iguales o mayores a 140/90 mm Hg, respectivamente, en adultos mayores de 18 años ^{41,42}.

En Cuba, cada año un número considerable de nuevos individuos se unen al grupo de hipertensos que existen en la población. Algo más de dos millones de cubanos adultos actualmente padecen esta enfermedad ^{8,17}.

Con relación al individuo afectado, el sistema nacional de salud tiene la responsabilidad de detectarlo durante toda la vida, de esta forma el riesgo de complicación y muerte presentado disminuye considerablemente ^{8,17}.

El advenimiento del médico de la familia como el eslabón más importante de la gran cadena que constituye el sistema nacional de salud pone a nuestro país en una situación de privilegio en la lucha mundial contra los efectos del ascenso de las cifras de PA ^{8,17}.

Por la importancia del control de la HTA como enfermedad y a su vez como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el conocimiento cabal del modo de activación del personal que labora en la atención primaria de salud, constituye un objetivo y propósito de primer orden de nuestro ministerio de Salud Pública ¹⁷.

M E T O D O

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa sobre los riesgos modificables de la HTA en la población envejecida perteneciente al consultorio 2 de la comunidad del Pueblo Holandés en la Isla de Turiguanó, del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre febrero del 2020 al febrero del 2022.

U n i v e r s o y m u e s t r a

El universo poblacional estuvo constituido por 107 pacientes de 60 años y más, con diagnóstico previo de hipertensión arterial tipo I, pertenecientes al área de salud antes referida, de las cuales conformaron la muestra 55, representando el 58.8% del total, fue utilizado un muestreo aleatorio simple para su selección, a los mismos se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) y la autorización con cooperación para la confección de la encuesta (Anexo 2).

C r i t e r i o s d e i n c l u s i ó n :

1. Población Hipertensa de 60 años y más perteneciente al consultorio 2 de la comunidad del Pueblo Holandés en la Isla de Turiguanó
2. Pacientes que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).

C r i t e r i o s d e e x c l u s i ó n :

1. Pacientes que presenten algún impedimento físico o mental que les imposibilite participar de las actividades que se desarrollen en el estudio en el tiempo definido para este.
2. Pacientes que no aceptó estar en el estudio.
3. Pacientes que no pertenecen al consultorio 2 de la comunidad del Pueblo Holandés en la Isla de Turiguanó

C r i t e r i o s d e S a l i d a :

1. Abandono por decisión propia.
2. Por fallecimiento.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario (ver anexo II), fuente de información

primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud de referencia.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas (ver anexo II) inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con riesgos modificables de la HTA en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etap a diagnóstica: los conocimientos sobre riesgos modificables de la HTA fueron identificadas utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró la estrategia de Intervención Educativa.

Etap a de intervención propiamente dicha: la muestra fue conformada por un grupo de 55 pacientes, el cual se divido en subgrupos de 27 y 28 pacientes respectivamente. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrolló 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etap a evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Métodos del nivel empírico:

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que influyen en la incidencia de que no se cuente con el nivel de conocimiento suficiente sobre el control de la hipertensión arterial.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se

procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los planteamientos de cada uno de los encuestados.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continúa.	Valores de tendencia central y dispersión	Según años cumplidos.	Estadística descriptiva y valores porcentuales.
Sexo	Cualitativa nominal politómica	Masculino Femenino	Según sexo de pertenencia	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad	Cualitativa nominal dicotómica	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según nivel de escolaridad alcanzado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre factores de riesgos modificables de la HTA . síntomas. . Beneficios del ejercicio físico. . Beneficios de la dieta.	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio Insatisfactorio	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes. Se empleó además métodos de estadística descriptiva de media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre los riesgo modificables de la HTA, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

La presente investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los colaboradores. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Se respetó la decisión o no de participar en el estudio así como abandonarlo cuando lo manifieste.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes hipertensos según edad y sexo.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
De 60 a 69 años	17	53.1	10	43.4	27	49.0
De 70 a 79 años	10	31.2	8	34.7	18	32.7
80 o más años	5	15.6	5	21.7	10	18.1
Total	32	100,0	23	100,0	55	100,0

Fuente: encuesta

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según las edades agrupadas en rangos y el sexo biológico de pertenencia.

Se pudo observar que predominaron las edades de 60 a 69 años con 27 pacientes para un 49.0 % del total, con distribuciones porcentuales casi idénticas entre sexos, 17 de ellos entre los masculinos y 10 entre las féminas para un 53.1 % y 43.4 % respectivamente.

El sexo predominante resultó el masculino con 32 pacientes en comparación con las 23 mujeres del estudio.

En un estudio realizado en Santiago de Cuba por Montes de Oca Rodríguez ⁴³, refiere que tras el muestreo aleatorio simple, el tamaño final de la muestra fue de 60 pacientes hipertensos. De ellos, la media de edad fue de 45 ± 12 años. Tal incidencia coincide con los sujetos de estudio de la presente investigación donde las edades de entre 36 a 59 años fueron las que más prevalecieron.

En un estudio similar realizado por Rodríguez García ⁴⁴, este refiere que en cuanto a la composición de la muestra según grupos de edades el grupo etáreo que predominó fue el de 65 a 69 años, con un 21,8 %. En cuanto al sexo, la enfermedad se comportó con mayor número de casos en las féminas con 53 pacientes (64,6 %) sobre el grupo masculino que fueron 29 (35,4 %).

Relacionando las variables edad/sexo varios investigadores colombianos ⁴⁵, refieren que es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino hasta los 50 años, y después de

esta edad, las cifras se invierten; aunque varios autores ^{46,47}, coinciden en que el comportamiento es lábil sin asociarse a ningún sexo, según ellos no son significativas las diferencias, las cuales más bien están relacionadas con otros factores de riesgo más frecuentes en un sexo u otro: ingestión de alcohol, estrés, sedentarismo, etc.

En la literatura revisada ha señalado el predominio del sexo masculino hasta los 55 años de edad con una frecuencia de hasta cuatro a seis veces mayor que la mujer de sufrir manifestaciones clínicas de isquemia miocárdica, hallazgos que tienden a anularse a partir de los 60 años ²⁹.

Tabla 2. Distribución de pacientes hipertensos según escolaridad .

Nivel de escolaridad	TOTAL	
	No.	%
Primaria	5	9.0
Secundaria	25	45.4
Preuniversitario	21	38.1
Universitario	4	7.2
Total	55	100,0

Fuente: encuesta

La Tabla 2, Muestra la distribución del nivel de escolaridad y la edad, fue el de Secundaria con 25 (45.4%), seguido del Preuniversitario con 21 pacientes para (38.1%), un todo lo contrario a los universitarios que en un total fueron 4(7.2%).

Reyes Caballero ⁴⁸, refiere en su estudio que relacionado con la escolaridad, en su estudio el 43,9 % son universitarios, seguido de los que tienen nivel preuniversitario (28,0 %) y nivel secundario (20,7 %). Según algunos la escolaridad no es un factor determinante en la aparición de esta enfermedad, con lo que coinciden estos autores quienes no dejan de señalar la importancia de cierto nivel cultural para asimilar los conocimientos sobre la enfermedad y las maneras más saludables de convivir con ella.

Tabla 3. Distribución de los pacientes Hipertensos según nivel de conocimientos sobre los síntomas de la HTA, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
satisfactorio	13	26.6	46	83.6
insatisfactorio	42	76.3	9	16.3
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre síntomas de la HTA, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que **antes** de comenzar la intervención solo 13 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos satisfactorio sobre la temática para un bajo 26,6% del total, mientras que 42 (76,3%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario. Finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos **satisfactorio** aumentó a 46 pacientes 83.6%, y a pesar de no ser el total de la muestra, el número de respuestas es adecuado, la modificación de conocimientos resultó significativa y positiva.

En un programa educativo aplicado en Perú ⁴⁷, el 54,5% de los pacientes tenían algunos conocimientos sobre su enfermedad, no logrando reconocer algunos síntomas de alarma de la enfermedad y luego de la intervención resultó que el 58,8% lograron profundizar acerca de su enfermedad. La valoración cualitativa acerca de los síntomas y signos está en la asimilación de los conocimientos sobre la importancia de asumir un estilo de vida saludable para que los hipertensos mantengan controlada su enfermedad. Reyes Caballero y colaboradores ⁴⁸, refiere que en que el respeto al tratamiento médico es necesario, pero si se conocen los síntomas de la enfermedad y se apropian de esas prácticas saludables, las cifras de tensión arterial disminuirán, también las dosis farmacéuticas y aumentará su calidad de vida; luego de la intervención se encontró un incremento del 73,3% en el número de pacientes con conocimiento adecuado sobre los síntomas y signos de la HTA y del 66,6% en

el número de pacientes con conocimientos satisfactorio sobre el la generalidad de la hipertensión arterial.

Tabla 4.Distribucion de los pacientes Hipertensos según nivel de conocimientos sobre aspectos a tener en cuenta para la toma de la TA, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
satisfactorio	20	36.3	50	90.9
insatisfactorio	35	63.6	5	9.0
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar

p = 0,000

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según aspectos a tener en cuenta para la toma de la TA, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 20 (36.3%) de los participantes presentaban un conocimiento satisfactorio sobre la toma de la TA. Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos **satisfactorio** aumentó a 50 pacientes 90.9%, y a pesar de no ser el total de la muestra, el número de respuestas es adecuado, la modificación de conocimientos resultó significativa y positiva.

En un estudio realizado en Santiago de Cuba por Montes de Oca Rodríguez ⁴³, este refiere que en cuanto al control de la TA se logró un incremento del 86,6 % en número de pacientes con adecuado control de la TA, en todos los casos la diferencia fue significativa. Se encontró además una disminución del 71,67% en el número de pacientes que visitaban el cuerpo de guardia por elevación en los valores de TA. El objetivo fundamental que siguen los estudios de intervención educativa de hipertensión arterial, es aumentar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad para lograr así el control de la presión arterial, al aplicar lo aprendido en la misma en su vida diaria, modificando su estilo de vida.

Tabla 5. Distribución de los pacientes hipertensos según nivel de conocimientos sobre beneficios de los ejercicios físicos en el control de la HTA, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
satisfactorio	16	29.0	49	89.0
insatisfactorio	39	70.9	6	10.9
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre beneficios de los ejercicios físicos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 16 de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 29.0% de la muestra mientras que 39 de ellos (70.9%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 49 (89.0%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba.

Reyes Caballero ⁴⁸, refiere que antes de aplicar el programa: el 84,1 % tenían un conocimiento adecuado mientras que el 15,9 % inadecuado al asumir la práctica de ejercicio como un deporte vigoroso, competitivo, carreras, con la vinculación a gimnasios, etc. Después de aplicar el programa: el 87,8 % de los pacientes, logró entender que hacer ejercicios puede ser el simple hecho de caminar; se les recomendó asistir a las áreas de participación que existen en la comunidad dirigidas por profesionales de educación física; se

asumieron posturas favorables en el debate lo que redundó en el cumplimiento de los objetivos planteados, evidenciado en el descenso de las cifras tensionales por la realización de la actividad física cuando se practica de forma continuada, moderada y aeróbica.

El ejercicio físico debe formar parte de la vida cotidiana del paciente hipertenso; Durán Montero ⁴⁹, recomiendan un grupo de ejercicios físicos en su artículo porque los consideran beneficiosos tanto desde el punto de vista físico como psíquico siempre y cuando sea algo moderado y no competitivo.

Ali Pérez y colaboradores ³⁰, comprobó que el 70,7 % de los pacientes tienen conocimientos inadecuados sobre la relación directa que tiene el sedentarismo y la obesidad con las cifras elevadas de hipertensión, solo el 29,3 % conocía cómo influye estos factores sobre su estado de salud, concluye que después de aplicar el programa: el 76,8 % modificaron sus conocimientos, es decir, 61 de los 82.

Varios autores ^{50,51}, destacan la relación directa de la obesidad con la HTA y precisan que la reducción del peso es el tratamiento no farmacológico ideal para el paciente hipertenso-obeso; de ahí la importancia de una labor educativa mantenida sobre este tema para una mejor calidad de vida a través de la ejercitación física.

Tabla 6. Distribución de los pacientes Hipertensos según nivel de conocimientos sobre beneficios de la dieta, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
satisfactorio	22	40	53	96.3
insatisfactorio	33	60	2	3.6
Total	55	100,0	55	100,0

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre beneficios de la dieta, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que **antes** de la aplicación de la intervención, 22 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 40% del total mientras que 33 (60%) de ellos no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, ya un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 53 para un 96.3%, resultó suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Montes de Oca Rodríguez ⁴³, refiere que luego de la intervención se encontró un incremento del 73.3% en el número de pacientes con conocimiento adecuado sobre los factores de riesgo de HTA como el uso excesivo y perjudicial del consumo de sal en las comidas.

Reyes Caballero ⁴⁸, refiere en su estudio que antes de aplicar el programa: en la encontró que del total de pacientes estudiados, tenían un conocimiento inadecuado sobre la dieta el 65,9 % y solo el 34,1% conocía sobre lo más elemental. Fueron relevantes en el desconocimiento la distribución acertada de sodio y potasio y las grasas en las diferentes comidas del día, lo cual denotó pobre labor educativa al respecto. La educación nutricional debe comenzar con el primer alimento y mantenerse durante toda la vida; el desconocimiento de una adecuada nutrición puede traer impactos irreversibles en la salud en la etapa adulta.

Se debe señalar que otros estudios realizados en Cuba ^{40,42,51}, coinciden con los resultados obtenidos en este trabajo, en cuanto a la demostración de que la mayoría de los hipertensos desconocen las principales características de su enfermedad, así como los factores de riesgo modificables, tema que tiene gran importancia para el control de la HTA, lo que justifica la alta incidencia de riesgo cardiovascular existente.

Reyes Caballero ⁴⁸, concluye en su estudio que se logró demostrar la efectividad del programa de intervención educativa al obtenerse en todas sus variables analizadas una significación estadística, como se evidencia en el presente estudio, demostrando el incremento significativo del conocimiento de los pacientes hipertensos sobre los factores de

riesgo establecidos en su estilo de vida y que podían agravar su salud por la pérdida del control sobre su enfermedad de base. La modificación de sus conocimientos en un antes y un después se aprecia en las cifras mostradas de 17,1 % que tenían conocimientos adecuados, después de aplicar el programa, esta cifra aumentó a 70,7% al final del estudio.

El programa de intervención educativa aplicado tuvo en cuenta los aspectos fundamentales que estaban incidiendo desfavorablemente en el manejo de la hipertensión arterial de estos pacientes. Una vez aplicado se logró que modificaran de forma signa sus conocimientos sobre la enfermedad y las prácticas inadecuadas de sus estilos de vida, por lo que se considera efectiva su aplicación en el escenario para el que fue concebido, además de que se fortaleció la relación enfermera-paciente.

CONCLUSIONES

Se realizó el estudio en las edades de 60 años y más donde predominaron las edades entre 60 y 69 años con distribuciones porcentuales casi idénticas entre las edades. El nivel de escolaridad secundario fue el predominante seguido del universitario. Se encontraron diferencias significativas y positiva entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre síntomas de la enfermedad y beneficios del ejercicio físico, aspectos a tener en cuenta para la toma de la TA y beneficios de la dieta, y resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados de éste estudio a las autoridades competentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información General sobre la hipertensión en el Mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra: OMS; 2018. [en línea] 2018 [fecha de acceso 12 de junio de 2019]. URL disponible en: el sitio web de la OMS www.who.int
2. Leung Ong K, Cheung BMY, Bun Man Y, Pak Lau Ch, Karen SL. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999 - 2004. Hypertension 2007;49:69
3. Chobanian A V. The Hypertension Paradox-More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. N Eng J Med. 2009; 361(15):1516-29.
4. Chobanian A V, Bakris G L, Black H R, Cushman W C, Green L A, Izzo J L, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003; 289(19): 2560
5. Hernández M. El envejecimiento de la población cubana y la Hipertensión Arterial. Tendencias y principales problemas. Una visión desde la Farmacoepidemiología. [en línea] 2008 Julio [fecha de acceso 12 de junio de 2016]. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/final_el_envejecimiento_de_la_poblacion_cubana_y_la_hipertension_arterial.pdf
6. Álvarez Álvarez G. Propuesta de un subprograma integral para la atención de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria de salud. [Tesis Doctoral]. Santa Clara. [en línea] 2012 mayo 23 [fecha de acceso 12 de junio de 2016]. URL disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/434/1/AlvarezAlvarez.pdf>
7. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P, Chang La Rosa M, García Rocha RG, Arcia Montes de Oca N, Alfredo León A et al. III Encuesta Nacional de Factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. [en línea] 2015 [fecha de acceso 13 de junio de 2016]. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/encuesta_completo.pdf

8. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del 2017. La Habana, Cuba.
9. De Pablo y Zarzosa C, Grima-Serrano A, Luengo-Pérez E, Mazón-Ramos P. Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2007; 60:68-78.
10. Dueñas A. La Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 2011 Jul-Sept [Fecha de acceso 13 Jun 2016];50 (3):232-3. URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/vol50n3/med01311.pdf>
11. Rojas F. La Atención Primaria de Salud y el desafío de las enfermedades cardiovasculares. Recomendaciones para el plan de acción. Rev Cubana Med Gen Integr. [en línea] 2016 [fecha de acceso 13 Jun 2018]; 29(3):336-41. URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n3/mgi11313.pdf>
12. Del Río G, de Dios JA. Prevención cardiovascular y promoción de salud. MEDISAN. [en línea] 2016 Feb [fecha de acceso 13 Jun 2018];18(2):287-98. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200020&lng=es
13. Ordúñez P, La Rosa Y, Espinosa A, Álvarez F. Hipertensión Arterial: Recomendaciones básicas para la prevención, detección, evaluación y tratamiento. Rev Finlay. 2005 [Citado 13 Jun 2016]; 10 (Número Especial):7-26. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/5/18>
14. Pérez MD, León JL, Fernández MA. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. Rev Cubana Med. 2016 [Citado 13 Jun 2018]; 50(3):311-23. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/vol50n3/med09311.pdf>
15. Castillo YC, Chávez R, Fernández J, Alfonso JM, Alfonso J P. Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registradas en Rev Cubana Med. 2012; 51 (1): 25-34.
16. Pérez D, Cordiés L, Vázquez A, Serrano C. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. [en línea]. 2004 oct [fecha de acceso 13 de junio de 2016]; 6 (1). URL disponible en: <http://files.sld.u/sida/files2012/12/programa-na>

17. Pérez Caballero MD. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. Rev cubana med [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Jun 12]; 52(4): 286-294. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es.
18. Espinosa Brito AD. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Rev Finlay [Internet]. 2018 [citado 02/05/2020];8(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100008
19. Sociedad Colombiana de Cardiología, Guías colombianas Para El Diagnostico Tratamiento De La Hipertensión Arterial, Revista Colombiana De Cardiología, Febrero de 2013, Vol. 13, Suplemento 1.
20. Texas Herat Institute. Presión Arterial alta (Hipertensión Arterial). Actualizado por última vez el 30 de Julio del 2012. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/highbloodpressure.html>
21. Zurique Sánchez MS, Zurique Sánchez CP, Camacho López PA, Sánchez Sanabria M, Hernández Hernández SC. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en Colombia. Acta Médica de Colombia [Internet]. 2019 [citado 02/06/2020];44:[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/04-2019-08.pdf>
22. Vilches Izquierdo E, Ochoa Montes LA, González Lugo M, Ramos Marrero L, Tamayo Vicente N, García Ones D, et al. Impacto de la hipertensión arterial esencial y la cardiopatía isquémica en las víctimas de muerte cardíaca súbita. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 02/07/2020];42(3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/662/771>
23. Delgado Acosta H, Lastre Navarro K, Valdés Gómez M, Benet Rodríguez M, Morejón Giraldoni AF, Zerquera Rodríguez J. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Segunda medición de la iniciativa CARMEN: cifras alarmantes. Rev Finlay [Internet]. 2016 [citado 02/07/2020];5(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-

[24342015000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000100002&lng=es)

24. Morejón Giraldoni AF, Benet Rodríguez M, Bernal Muñoz JL, Espinosa Brito AD, Silva Aycaguer LC, Ordunez P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 02/06/2020];45(3):[aprox. 22 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000300007
25. Carretero OA, Oparil S. Essential Hipertensión. Part I: Definition and Etiology. Circulation. 2012.
26. Enfermedades Cardiovasculares. Hipertensión Arterial [Capítulo 25]. En: Manual Merck de Información Médica para el Hogar. Madrid; Merck Sharp & Dohme de España, S.A.; 2015.
27. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Enfermedades Crónicas no transmisibles. Programa Nacional, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. (htm) 1999 [En línea] (fecha de acceso 16 de Mayo del 2014); 38 (3):160-9 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_3_99/med02399.htm
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información General sobre Hipertensión Arterial en el mundo. 2019. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
29. Linares Despaigne MJ, Arrate Negret MM, Poll Pineda JA, Molina Hechavarría V, Bell Sánchez ME. Factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes ghaneses. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 02/07/2020];21(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000600007&lng=es
30. Ali Pérez NA, Reyes Ali JF, Ramos Labrada N, Herrada Cuevas M, García Álvarez R. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial "Renato Guitart Rosell". MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 02/07/2020];22(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000400003
&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000400003&lng=es)

31. Santana López S, Montero Díaz R, Sánchez Fuentes AL, Vladés Vento AC, Vidal Vega IC. Caracterización de los factores de riesgo de la aterosclerosis. Rev. Cienc. Méd. Pinar del Río. 2016 [citado 09 Dic 2019]; 20 (1): 136-41. Disponible en: <http://www.revcm.pinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2415/html>
32. Sarre Álvarez D, Cabrera Jardines R, Rodríguez Weber F, Díaz Greene E. Enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Revisión de las escalas de riesgo y edad cardiovascular. Med Int Méx. 2018 [citado 09 Dic 2019]; 34 (6): 910-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84866>
33. Vilches Izquierdo E, Ochoa Montes LA, González Lugo M, Ramos Marrero L, Tamayo Vicente N, García Ones D, et al. Impacto de la hipertensión arterial esencial y la cardiopatía isquémica en las víctimas de muerte cardíaca súbita. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 02/07/2020];42(3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.revsa.ludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/662/771>
34. Páramo JA, Civeira F. ¿Es posible la regresión de la placa aterosclerótica?. Clin Investig Arterioscler. 2017 [citado 16 Dic 2019]; 29 (1): 46-50. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2016.05.003>
35. Hernández Gárciga FF, Ortega Fajardo D, Fernández-Britto Rodríguez JE. Señales tempranas de aterosclerosis en familias aterovulnerables en un consultorio médico de atención primaria. CorSalud. 2018 [citado 14 Dic 2019]; 10 (2): 122-9. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/238/712>
36. Djoussé L. Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión ¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo? Rev Esp de Cardiología [Internet]. 2019 [citado 01/06/2020];62(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.revcardiol.org/es-consumo-alcohol-riesgo-hipertension-tiene-articulo-resumen-13137594>

37. Cedeño Zambrano JE, Vázquez Jaramillo P, Roca Lino VE. Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo del alcohol. Dom Cienc [Internet]. 2016 [citado 02/06/2020];2(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewigkP3L6K7qAhVSm eAKHRdBD R w Q F j A K e g Q I C R A B & url = https % 3 A % 2 F % 2 F d i a l n e . u n i r i o j a . e s % 2 F d e s c a r g a % 2 F a r t i c u l o % 2 F 5 7 6 1 6 3 2 . p d f & u s g = A O v V a w 1 L Q - T v r h 8 7 X 2 e 8 e J p x z w m 9>
38. Molerio Pérez O, Arce González MAo, Otero Ramos I, Nieves Achón Z. Elestrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2018 [citado 08/07/2020];43(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=e
39. González Sánchez R, Llapur Milión R, Díaz Cuesta M, Illa Cos MR, Yee López E, Pérez Bello D. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2016 [citado 16/07/2020];87(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003&lng=es
40. Wan L, Aozí Feng, Solís Alfonso L, Fernández-Britto Rodríguez JE. Influencia del tabaquismo, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en las enfermedades oftalmológicas. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2017 [citado 02/07/2020];30(3):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762017000300010&lng=es
41. Díaz-Perera C, Ramírez Ramírez H, Bacallao Gallestey J, Ferrer Arrocha M, Alemañy Pérez E. Presencia de señales ateroscleróticas tempranas en adolescentes entre 10 y 19 años aparentemente sanos. Rev Haban Cienc Méd. 2016 [citado 16 Dic 2019]; 14 (5): 558-72. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/574/847>
42. Fernández Gárciga FF, Ortega Fajardo D, Fernández-Britto Rodríguez JE. Señales tempranas de aterosclerosis en familias aterovulnerables en un consultorio médico de atención primaria. Cor Salud. 2018 [citado 14 Dic 2019];

10 (2): 122-9. Disponible en:

<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/238/712>

43. Montes de Oca Rodríguez SM, Viquillón Gómez R. Intervención educativa para el control de la hipertensión arterial. Policlínico Docente Universitario José Martí Pérez. Santiago de Cuba. Vol 4, No. 3, 2016. <http://www.revcaxito.sld.cu/index.php/ahcgelectronica>
44. Rodríguez García Y, y colaboradores. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba archivo Médico de Camagüey, vol. 12, núm. 4, julio-agosto, 2000.
45. Zuriqúe Sánchez MS, Zuriqúe Sánchez CP, Camacho López PA, Sánchez Sanabria M, Hernández Hernández SC. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en Colombia. Acta Médica de Colombia [Internet]. 2019 [citado 02/06/2020];44:[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/04-2019-08.pdf>
46. Linares Despaigne MJ, Arrate Negret MM, Poll Pineda JA, Molina Hechavarría V, Bell Sánchez ME. Factores de riesgo de hipertensión arterial en pacientes ghaneses. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 02/07/2020];21(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000600007&lng=es
47. Aguirre V. M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. Peruana. Lima. 2018. v.28 n.4 pag 239. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
48. Reyes Caballero MC, y colaboradores. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. EDUMECENTRO 2021;13(1):149-166. <http://www.revedumecentro.sld.cu>
49. Durán Montero F, Terrero Guilarte IE. Generalidades de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Ejercicios para controlarla. EF Deportes [Internet].2016 [citado 02/06/2020];18(188):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd188/la-hipertension-arterial-en-el-adulto-mayor.htm>

50. Molina Díaz R, Martí Canales JC. Séptimo Informe del Joint Nacional Comité sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. EUA. JAMA, 2008.
51. Noguero Torres N. La Escuela como modalidad de intervención educativa en un grupo de pacientes hipertensos. Trabajo para Optar por el Título de la Especialidad de Primer Grado de Medicina General Integral. Policlínico Docente "Ezequiel Miranda Días". Santiago de Cuba. 2006 .
52. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España. 2010.

A N E X O S

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

El que suscribe:_____ doy mi conformidad para participar en la investigación "Intervención educativa para evaluar el nivel de conocimiento sobre sobre los riesgo modificables de la HTA. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Doctora_____ quien me ha informado que:

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ___ días del mes de _____ de 201__.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

CUESTIONARIO

Estimado paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio para elevar conocimientos relacionados sobre los riesgo modificables de la HTA en el consultorio 2, del área de salud Policlínico Universitario "Diego Del Rosario" Morón. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

Edad: _____

sexo: _____ masculino _____ femenino

1. ¿Cuáles los síntomas de alarma de la HTA? Marque con una x las que considere correcta.

- a) ___ Zumbido en los oídos.
- b) ___ Visión borrosa.
- c) ___ Dolor taraco-abdominal.
- d) ___ Debilidad muscular.
- e) ___ Fatiga fácil e impotencia.
- f) ___ Despertar con dolores de cabeza intenso.
- g) ___ No sé

2. Según tus conocimientos aspectos a tener en cuenta para la toma de la TA. Marque con una x la que considere correcta.

- a) ___ Sentado con la espalda recta y un buen soporte.
- b) ___ Evitar ejercicio físico en los 30 minutos previos a la medición.
- c) ___ Evitar el consumo de cafeína o tabaco (o estimulantes en general) en los 30 minutos previos.
- d) ___ Se deben retirar las prendas gruesas y evitar que se enrollen para que no compriman el brazo.
- e) ___ colocar el borde inferior del brazalete por encima del pliegue del codo.

f) ___ Establecer primero la presión arterial sistólica (PAS)

g) ___ No sé

3. Diga cuales serían los beneficios del ejercicios físicos para el control de HTA.

Marque con una x la que considere correcta.

a) ___ Liberar estrés la cual puede desarrollar hipertensión más frecuentemente

b) ___ Resulta un efecto protector contra el aumento de tensión arterial

c) ___ Buena condición física aeróbica

d) ___ riesgos de mortalidad marcadamente más bajos que los hipertensos sedentarios

e) ___ Menor riesgo de enfermedad cardiovascular

f) ___ Ninguna

4. Según tus conocimientos cuales serían los beneficios de la dieta. Marque con una x

la que considere correcta.

a) ___ Una dieta adecuada disminuye el riesgo de obesidad.

b) ___ La ingesta excesiva de sal induce a la HTA

c) ___ El consumo elevado de sal también causa cálculos renales y provoca obesidad

d) ___ Las grasas saturadas en las comidas produce un alza de la presión arterial.

e) ___ La ingesta excesiva de sal y grasas saturadas produce osteoporosis y provoca Infarto en los hipertensos.

f) ___ Las frutas no son de vital importancia en la dieta de estos pacientes.

g) ___ No sé.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

satisfactoria: Contestar incisos a, c, d, f.

insatisfactoria: Contestar incisos b, e.

Pregunta 2:

satisfactoria Contestar inciso f.

insatisfactoria: Contestar inciso a, b, c, d, e.

Pregunta 3:

satisfactoria: Contestar incisos a, b, c

insatisfactoria:: Contestar incisos d, f

Pregunta 4:

satisfactoria: Contestar incisos a, b, c, d, e

insatisfactoria:: Contestar incisos f, g

Calificación Final:

satisfactoria: Contestar 5 preguntas.

insatisfactoria: Contestar 2 preguntas.

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los colaboradores. Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo sobre los riesgos modificables de la HTA.

- Dinámica grupal con debate de situación.
- Debate y reflexión.
- Conferencia, juego de conocimientos.

Objetivo General: Incrementar el nivel de conocimientos sobre los riesgos modificables de la HTA en adulto mayor hipertensos.

Objetivos específicos:

1. Definir HTA y sus síntomas de alarma.
2. Explicar aspectos a tener en cuenta para la toma de la TA.
3. Identificar los beneficios de los ejercicios físicos.
4. Orientar acerca de los beneficios de la dieta adecuada.

Tema I: Presentación del programa.

Sumario: 1- Presentación del proyecto.

2- Aplicación de los cuestionarios.

3- Cierre.

Objetivos: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los colaboradores a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices y bolígrafos.

Tema II: Definir HTA y sus síntomas de alarma.

Sumario: 1. Concepto.

2. Identificar los síntomas más comunes y de alarma de la HTA descompensada.

Objetivos: Definir la HTA y explicar los principales síntomas de alarma de la HTA.

Tipo de actividad: Conferencia

Recursos: Computadora, pendrive, lápices, bolígrafos y hojas.

Tema III: Aspectos a tener en cuenta para la toma de la TA.

Sumario: 1- Control de la presión arterial.

Objetivos: Lograr que los pacientes sean capaces de identificar las principales características a tener en cuenta para la toma de la presión arterial.

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Recursos: Pendrive, hojas, lápices, bolígrafos, estetoesfigmomanómetro manual y el manómetro de mercurio.

Tema IV: Estilo de vida saludable.

Sumario: beneficios de los ejercicios físicos y de una dieta saludable

Objetivo:

a) Que los pacientes conozcan los principales beneficios de la realización del ejercicio físico controlado.

b) Que los pacientes identifiquen que es una dieta saludable para el control la HTA

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora, pendrive, lápices, bolígrafos y hojas

Tema No V: Cierre y evaluación

Sumario: 1- Reafirmación del contenido

2- Aplicación del cuestionario

Objetivo: Que los pacientes adquieran mayores conocimientos sobre la HTA y estilo de vida saludable en el control de factores de riesgo modificables.

Tipo de actividad: Clase teórico – práctica.

Recursos: Hojas, lápices.

Aplicación de los cuestionarios al finalizar la intervención educativa.