

U n i v e r s i d a d d e C i e n c i a s M é d i c a s

F a c u l t a d d e C i e n c i a s M é d i c a s

D r . J o s e A s s e f Y a r a

Título: N i v e l d e c o n o c i m i e n t o s o b r e e s t i l o s d e v i d a
m o d i f i c a b l e s e n l o s p a c i e n t e s h i p e r t e n s o s e n e l c o n s u l t o r i o
1 2 .

A u t o r: D r . A l e j a n d r o F e r n á n d e z L ó p e z

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
M e d i c i n a G e n e r a l I n t e g r a l .

V e n e z u e l a , C i e g o d e Á v i l a
2 0 2 4

U n i v e r s i d a d d e C i e n c i a s M é d i c a s

F a c u l t a d d e C i e n c i a s M é d i c a s

D r . J o s e A s s e f Y a r a

Título: Nivel de conocimiento sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos en el consultorio 12.

Autor: Dr. Alejandro Fernández López.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Doris de La Caridad Quiñones Borges

Especialista en Primer Grado en Pediatría

Profesor instructor.

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

Venezuela, Ciego de Ávila

2024

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos del consultorio 12 policlínico “Juan Olímpio Varcárcel” de Venezuela en Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre febrero 2022 a febrero 2024. El universo de estudio está constituido por 35 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de edad adulta. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre estilos de vida modificables en pacientes con HTA, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron los adultos mayores y el sexo femenino. Se encontró un muy bajo nivel inicial de conocimientos sobre adecuado control de la tensión arterial, hábitos tóxicos y práctica de ejercicios físicos, mientras que, respecto a hábitos dietéticos, la gran mayoría presentaba conocimientos adecuados desde el inicio, aun así, esta y las demás temáticas experimentaron una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos, así como en la evaluación final, indicando la efectividad del programa capacitante.

Palabras clave: Hipertensión arterial, calidad de vida, intervención educativa

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción	1
▪ Objetivos	6
▪ Marco teórico	7
▪ Método	18
▪ Análisis y discusión de los resultados	22
▪ Conclusiones	32
▪ Referencias bibliográficas	33
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y puede también producir afectaciones de la vasculatura periférica y de la retina. 1,2

La hipertensión arterial es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica y/o diastólica que, con toda probabilidad, representa la enfermedad crónica más frecuente de las muchas que azotan a la humanidad. Su importancia reside en el hecho de que cuanto mayor sean las cifras de presión arterial (PA), tanto sistólica como diastólica, más elevadas serán la morbilidad y la mortalidad de los individuos. Esto es así en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edades y en ambos sexos. 3

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, una de cada tres personas padece hipertensión arterial, condición responsable de la mitad de las muertes por infartos y enfermedades del corazón. 4

Los estudios epidemiológicos sobre la presión arterial de distintas poblaciones han demostrado que su distribución es continua y no bimodal, por lo que resulta difícil saber qué cifras de presión son normales y cuáles elevadas. En consecuencia, la distinción entre normotensión e hipertensión es puramente arbitraria. Los niveles absolutos de presión arterial varían no solo con la edad, sino también con el sexo, la raza y muchos otros factores. Así, aumenta con el ejercicio físico y psíquico, el frío, la digestión y la carga emocional. Además, la presión arterial no es constante a lo largo de las 24 horas, sino que varía mucho durante el día y la noche, tanto en normotensos como en hipertensos. 3-5

La hipertensión arterial constituye un problema de salud en casi todo el mundo. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2019 se calcula que aproximadamente 10 000 millones de personas la padecen, afecta a unos 700 millones de personas en las Américas y, en la mayoría de los países, las tasas del control de la presión arterial son inaceptablemente bajas. Su prevalencia ha aumentado significativamente en todas las latitudes, lo cual se explica en parte por los nuevos valores tensionales que en la actualidad se aceptan. 4

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% 4. 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 inadecuada, 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. El tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones de la hipertensión en los afectados. 6-8

En 2019 había 1000 millones de fumadores en el mundo y la prevalencia mundial de la obesidad casi se había duplicado desde 1990. La prevalencia mundial de la hipercolesterolemia

entre los adultos mayores de 25 años era del 39%, y la de la diabetes del 10%. El consumo de tabaco, la dieta inadecuada, el uso nocivo del alcohol y el sedentarismo también son los principales factores de riesgo conductuales de todas las enfermedades no transmisibles importantes, es decir, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer. En el mundo la prevalencia de la Hipertensión Arterial (HTA) oscila entre el 30 y el 45 % de la población general independiente de la zona geográfica o el nivel económico del país. 9,10

La distribución de la prevalencia depende fundamentalmente de factores socioeconómicos y culturales, aunque con tendencia a igualarse en todas las zonas geográficas del planeta. Se reportó que a nivel mundial aproximadamente el 26,4 % de las personas padecían de hipertensión arterial y se espera que se incremente hasta el 29,2 % para el 2025. 9,10

Por su comportamiento en ocasiones es asintomática, esta afección es calificada por muchos tutores como una amenaza silenciosa. En el mundo se estima que existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedad circulatoria, 7,2 millones son por enfermedad del corazón, y 4,6 millones, por enfermedad vascular encefálica. La hipertensión está presente en la mayoría de ellas. 9,10

Según datos de la III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles realizada en 2015-2016, la prevalencia de HTA en Cuba es del 30,9 % en personas de 15 años o más y sin diferencias significativas en el sexo, con 31,2 % el sexo masculino y 30,6 % el femenino. Hay una prevalencia mayor en las personas de piel negra con un 40,4% que en las de piel blanca con 30,1 %. A medida que aumenta la edad se incrementa la prevalencia, observándose que a partir de los 55 años, 5 a 6 personas de cada 10 tienen cifras de PA elevadas. Se ha descrito una fuerte relación entre la prevalencia de la HTA y la mortalidad por ictus y por enfermedades del corazón. En Cuba la tasa de mortalidad por 100 000 habitantes de las enfermedades del corazón en el 2016 fue de 218,3 (hombres: 231,0 y mujeres: 205,6), de 82,6 por enfermedad cerebrovascular (hombres: 82,6 y mujeres: 82,7) y de 25,5 por enfermedad de las arterias (hombres: 25,2 y mujeres: 25,9) componentes todos de la enfermedad cerebrovascular, estas cifras muestran una tendencia sostenida al alza en los últimos años. 11

Otro factor a considerar es que, en el paciente hipertenso usualmente coexisten otros factores de riesgo cardiovasculares lo que empeora su riesgo; en nuestro país en la encuesta citada se encontró que fuman el 23,7% de los hombres y el 16,4 % de las mujeres; la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) es del 10 %, el 24,1 % tenían dislipidemias, el sobrepeso global fue del 44,8 % siendo obesos el 15 %, consumían bebidas alcohólicas el 41,7 % y tenían insuficiente actividad física el 30 % de los hombres y el 51 % de las mujeres. 12,13

En Cuba se estima una prevalencia de un 15 % en las zonas rurales y de un 25 al 30 % en las zonas urbanas, aunque se aprecia que por cada hipertenso conocido existe otro no diagnosticado, lo que hace pensar que existe subregistro, y que de estos sólo alrededor del 50 % tienen tratamiento correcto. Se alcanza entre 28 y 33% en adultos y en mayores de 60 años alcanza hasta 47%, de modo que existen aproximadamente más de 2,4 millones de hipertensos. 14

La prevención de la HTA es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial (PA) es un desafío para todos los países y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer HTA, obliga a ejecutar una

estrategia poblacional con medidas de promoción y educación dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, al impactar sobre otros factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, fundamentalmente: la falta del ejercicio físico, los niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, la elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad, que puede lograrse mediante acciones dirigidas a las modificaciones del estilo de vida. 15-17

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas a los individuos, que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios de los factores de riesgo antes señalados, padecen de hipertensión arterial, o tienen alta probabilidad de padecerla. Por eso es necesaria la modificación de los estilos de vida inadecuados en los pacientes hipertensos 17.

Durante los chequeos médicos realizados a los pacientes hipertensos del área de salud del policlínico "Juan Olímpio Varcárcel" de Venezuela, se ha observado que los mismos tienen un estilo de vida inadecuado, la mayoría no realiza la dieta correctamente, consumen grandes cantidades de sal, se encuentran sobrepesos u obesos etc, por lo que mantiene sus cifras tensionales elevadas; por esta razón se elaboró una estrategia de intervención encaminada a modificar el estilo de vida de los pacientes hipertensos de esta área de salud, para mejorar el control de sus cifras de tensión arterial.

El aporte de esta investigación consiste en que el mismo radica en los métodos y el proceder para lograr la intervención necesaria y pertinente, capaz de modificar los conocimientos y conductas en los pacientes, radicado en el diseño e implementación de un programa de intervención para lograr que los pacientes hipertensos tengan un mejor control de su enfermedad.

Problema: ¿Cuál sería el nivel de conocimientos sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos del consultorio 12 policlínico "Juan Olímpio Varcárcel" de Venezuela en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo General: Evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa diseñado para elevar conocimientos sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos del consultorio 12 policlínico "Juan Olímpio Varcарcel" de Venezuela en Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas seleccionadas.
2. Determinar los conocimientos de los pacientes sobre estilos de vida modificables.
3. Aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos del grupo de estudio sobre estilos de vida modificables.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimiento sobre estilos de vida modificables en el pacientes hipertenso una vez lograda la estrategia de intervención educativa.

Hipótesis: El diseño y aplicación de un programa de intervención educativa pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos, del consultorio 12 policlínico "Juan Olímpio Varcарcel" de Venezuela en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

La presión arterial (PA) se define como la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La sangre fluye a lo largo del sistema circulatorio debido a los cambios de la presión. Se mueve desde un área de alta presión a una de baja presión. 17,18

La contracción (contractilidad) cardíaca fuerza la sangre a alta presión para entrar en la aorta. El punto de máxima presión cuando se produce la eyección es la presión sistólica. Cuando los ventrículos se relajan, la sangre que queda en las arterias ejerce una mínima presión o presión diastólica. 17,18

Fisiología de la presión arterial:

El corazón es un órgano hueco que se va a encargar de mandar sangre oxigenada a todo el cuerpo, el corazón tiene AD, AI, VD y VI. Por lo tanto, la VCS trae sangre de la cabeza, cuello, brazo y tórax, y la VCI trae sangre del abdomen, pelvis y miembros inferiores que desemboca en la AD, van a traer sangre con CO₂; en la VCI para que la sangre no retorne va a tener una válvula llamada Eustaquio. 17,18

En la AD y la VD se encuentra la válvula tricúspide, que permite el paso de la sangre desoxigenada al ventrículo, la sangre desoxigenada va a los pulmones a través del tronco pulmonar que se divide en arteria pulmonar derecho y arteria pulmonar izquierdo; el pulmón derecho y el pulmón izquierdo para que puedan realizar el intercambio gaseoso obteniendo sangre oxigenada, la sangre oxigenada regresa al corazón por las venas pulmonares derechas y venas pulmonares izquierdas, llegando a la AI y pasa la sangre oxigenada al VI a través de la válvula bicúspide (de las cuatro cámaras, la que más se hipertrofia es el VI porque recibe más presión), la arteria que se encarga de bombear la sangre a todo nuestro cuerpo la arteria aorta. 17,18

La presión sanguínea refleja las interrelaciones del gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica, el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea y la elasticidad arterial. El conocimiento de la enfermera de estas variables hemodinámicas ayuda en la valoración de las alteraciones de la PA. 17,18

Gasto cardíaco. La presión arterial depende del gasto cardíaco. Cuando el volumen aumenta en un espacio cerrado, como los vasos sanguíneos, la presión en ese espacio se eleva. 17,18

Resistencia periférica. La PA depende de la resistencia vascular periférica. La sangre circula a través de la red de las arterias y arteriolas, están rodeadas de músculo liso que se contrae o relaja para cambiar el tamaño de su luz. El tamaño de las arterias y arteriolas cambia para ajustar el flujo sanguíneo a las necesidades de los tejidos locales. 17,18

Volumen de sangre. El volumen de la sangre que circula dentro del sistema vascular afecta a la PA. En la mayoría de los adultos normalmente el volumen de sangre permanece constante. Sin embargo, un aumento del volumen ejerce más presión sobre las paredes arteriales. 17,18

Viscosidad. La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños. El hematocrito, o porcentaje de los eritrocitos en la sangre,

determinan la viscosidad de la sangre. Cuando el hematocrito se eleva y el flujo sanguíneo se hace más lento, la PA aumenta. El corazón se contrae con más fuerza para mover la sangre viscosa a través del sistema circulatorio. 17,18

Elasticidad. Normalmente las paredes de una arteria son elásticas y se logran distender con facilidad; a medida que aumenta la presión dentro de las arterias, el diámetro de las paredes del vaso sanguíneo aumenta para acomodarse al cambio de la presión. La distensión arterial evita amplias fluctuaciones de la presión arterial. 17,18

Factores de Riesgo.

Un factor de riesgo se define como cualquier hábito, situación, condición social o también llamado medioambiente, condición psicológica, condición espiritual, o cualquier variable interna o externa que hace que se incremente la vulnerabilidad de una persona o grupo hacia una enfermedad; por tal motivo la carrera de enfermería observa a la persona en un todo "biopsicosocial". 19,20

Los factores de riesgo que inician con la conducta de la persona, provocan una modificación de uno de estos factores, y a su vez, la modificación de la conducta son componentes integrales de las actividades que promueven el bienestar de la persona, la prevención de las diversas enfermedades y la promoción de la salud en la persona. 19,20

La existencia de algún factor de riesgo no significa que una enfermedad se vaya a desarrollar, sino que los factores aumentan las posibilidades que una persona pueda llegar a tener una enfermedad. El profesional de salud debe enfatizar y preocuparse por los factores de riesgo, algunas veces llamados riesgos para la salud, enfocando a la prevención primaria y secundaria. 19,20

Los factores de riesgos desempeñan un papel importante en la identificación del estado de salud de un paciente. También influye en las creencias y las prácticas de salud si una persona es consciente de su enfermedad. 19,20

Se identifican algunos factores que influyen en la presión arterial, ésta no es constante, de tal motivo que muchos factores influyen continuamente en ella. Una sola medición no puede reflejar adecuadamente la presión arterial normal de un paciente, incluso en las mejores condiciones, cambia de latido a latido; por tal motivo es necesario el control de la presión arterial. 19,20

A lo largo de la historia se ha identificado algunos factores de riesgo para la aparición de la hipertensión arterial y los factores que se identificaron en el transcurso de las etapas son dos, siendo el primero no modificable y el segundo modificable. 19,20

Factores de Riesgo no Modificables:

Edad. Los niveles normales de presión arterial varían según la etapa de vida. Por ejemplo, la presión arterial en un lactante es de (65/115) / (42/80) mmHg a comparación de un adulto mayor que tiende a elevarse con el avance de la edad. La presión arterial óptima para un adulto mayor sano es de 120/80 mmHg. Los valores de (120/139) / (80/89) mmHg se consideran prehipertensión. Los adultos mayores tienen una subida de presión sistólica que está relacionada con la disminución de la elasticidad de los vasos; sin embargo, la presión arterial mayor a 140/90 mmHg se define como hipertensión y en un adulto mayor aumenta el riesgo de enfermedad relacionada con la hipertensión. 20,21

Género. No existe diferencia clínica significativa de la presión arterial entre varones y mujeres. Pero el sexo masculino es más propenso, por su conducta de alimentación desordenada, y en el sexo femenino también existe predisposición a tener hipertensión en la etapa después de la menopausia, las mujeres tienden a tener la PA más alta que los varones de la misma edad; esto se ha atribuido a la acción protectora del colesterol HDL, en comparación con la mujer; por tal motivo, el varón está más propenso a padecer de la enfermedad. 20,21

Etnia. La hipertensión arterial tiende a ocurrir a una edad más temprana en sujetos de etnia negra que en otras, y a menudo, no se trata lo bastante temprano o con la intensidad suficiente. Además, los pacientes de etnia negra tienden a experimentar mayor daño cardiovascular y renal con cualquier nivel de presión. Los estudios muestran que muchos pacientes hipertensos de etnia negra tienen concentración de renina más baja que los hipertensos de otra etnia. 20,21

Antecedentes familiares. La inclusión de la herencia como factor constituyente al desarrollo de la hipertensión es más frecuente entre personas con antecedentes familiares de este trastorno. La contribución genética a la hipertensión es de hasta el 50 %. La fuerza de la predicción depende de las definiciones de los antecedentes familiares positivos y los factores ambientales. Los genetistas no han encontrado genes comunes con grandes efectos en la hipertensión. Sin embargo, es posible que múltiples genes en varios locus determinen la presión arterial, cada gen con una pequeña influencia o con una contribución distinta según el sexo, etnia, edad y estilos de vida. 20,21

Vasculares: Del 2,5% al 6% de las dificultades relacionadas con los riñones afectan la presión arterial alta. De hecho, representan del 2,5% al 6% de la causa. **Endocrinológicas:** Los orígenes endocrinos manifiestan el 1% al 2%. Estos incluyen inestabilidades hormonales endógenas y exógenas. Las causas exógenas comprenden el uso de corticosteroides. Alrededor del 5% de mujeres que consumen anticonceptivos orales podrían padecer presión arterial alta. Los factores riesgosos de hipertensión relacionados con la utilización de anticonceptivos orales comprenden enfermedades renales leves y obesidad. Finalmente, existen enfermedades asociadas a la hipertensión, como el hipertiroidismo y el hipotiroidismo, el hiperparatiroidismo, la hipercalcemia, la apnea que impide el sueño, la acromegalia, la hipertensión incitada por el embarazo. 22

Factores de Riesgo Modificables:

Obesidad. El exceso de peso en una persona a menudo se relaciona con hipertensión. La pérdida de tan solo 4.5 kg puede acompañarse de un descenso en la presión arterial de un alto porcentaje de personas con sobrepeso e hipertensión arterial. Se ha sugerido que la distribución de grasa podría ser un indicador más preciso del riesgo de hipertensión que el sobrepeso. 22-24

A menudo se usa el índice del perímetro abdominal para diferenciar la obesidad central o de la parte superior del cuerpo, con adipocitos situados en el abdomen y vísceras. Los estudios han identificado una relación entre la hipertensión y el aumento en la índice cintura/cadera (llamado obesidad central), incluso cuando se toma en cuenta en el IMC y el grosor del pliegue cutáneo. Parece que la grasa abdominal causa mayor resistencia a la insulina e hipertensión. 22-24

Consumo elevado de sal. El consumo elevado de la sal es un factor en el desarrollo de la hipertensión arterial; porque la sal está compuesta de sodio y cloruro, el 95 % del sodio de la

dieta que se ingiere es forma de cloruro de sodio. La ingesta de sal incrementa el volumen sanguíneo, lo que eleva los mecanismos de la sensibilidad cardiovascular o renal a las influencias del SNS, o que ejerza un efecto a través de algún otro mecanismo, como el sistema renina-angiotensina-aldosterona. Cualquiera de estos dos mecanismos, si se disminuye el consumo de la sal puede reducir la hipertensión arterial. 22-24

En la actualidad el consumo de sal promedio entre las personas es de 12 g/día a más y en comparación de que la ingestión máxima es de 6 g/día, es el doble de lo que necesita el organismo. 22-24

Consumo excesivo de alcohol. El consumo regular del alcohol participa en el desarrollo de la hipertensión arterial. El efecto se observa con distintos tipos de bebidas alcohólicas, en varones y mujeres, y en diversos grupos étnicos. Las cantidades moderadas de alcohol pueden reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular, pero la mayoría de los expertos no recomienda el consumo de alcohol. 22-24

El consumo de cantidades excesivas de alcohol por periodos prolongados induce al desarrollo de la hipertensión. Sin embargo, la presión arterial puede mejorar o regresar a la normalidad cuando se reduce o elimina la ingesta de alcohol. 22-24

Sedentarismo. La inactividad física en un periodo prolongado puede elevar la presión arterial. El sedentarismo también está relacionado con la ocupación habitual de cada persona, ya que están vinculados con la alimentación (carne que están derivados de ganado vacuno, ovino o porcino), esto hace que se desarrolle diversas enfermedades entre ellas la hipertensión arterial. 22-24

Estrés. La respuesta de lucha con el estrés, que es la excitación del sistema nervioso simpático, que prepara a la persona para la acción. Las respuestas neurofisiológicas al estrés funcionan a través de la retroalimentación negativa; el proceso de retroalimentación negativa detecta un estado anormal, tales como el descenso de la temperatura corporal, y produce una respuesta adaptativa, tal como se comienza a tiritar para generar calor corporal, al generar la elevación de la temperatura, hay elevación de las funciones vitales. 22-24

Los factores estresantes varían según las etapas de la vida. El estrés para los adultos mayores se centra alrededor de los cambios importantes en la circunstancia de la vida; estas incluyen perder a su pareja, ver que los hijos se van de casa y aceptar el envejecimiento físico. En la edad avanzada incluyen la pérdida de la autonomía y el dominio como resultado de la fragilidad general de los problemas de salud que limitan la resistencia y la fuerza. 22-24

Estado civil. Aunque los solteros tienen menos obligaciones de diversas índoles y en especial económicas, suelen ser más desordenados en su alimentación en sus horarios de descanso. 22

Los casados y según el número de hijos, por lo general tienen más tensiones derivadas de los mayores requerimientos económicos, por ese motivo existe más presión en la persona y hay un desorden en su alimentación. La etapa del adulto mayor y las sensaciones de la vida de pareja, por separación o la muerte de uno de los cónyuges, suele ser durante cierto tiempo un factor desencadenante en la alimentación y en las diversas enfermedades, entre ellas la hipertensión arterial. 22

Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial o la presión arterial elevada, viene hacer la más frecuente de todos los problemas de salud en adulto y el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares; por lo tanto, es definida por el incremento de la fuerza de presión que ejerce la sangre por las paredes de las arterias de forma sostenida. 25-27

En conclusión, según el cuadro de clasificación de la presión arterial se define que la hipertensión arterial se considera cuando la PA es igual o mayor a 140 mm Hg en presión sistólica y 90 mm Hg en presión diastólica. La elevación de la presión sistólica (PAS) es un predictor más potente de la diástole (PAD), ambas muestran una relación continua con el riesgo cardiovascular de ictus (siendo su principal factor de riesgo), enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad arterial periférica. 25-27

Las guías clínicas para controlar la hipertensión arterial describen la hipertensión en diferentes estadios o fases, los cuales poseerán diferente tratamiento y pronóstico. Estas categorizaciones fueron obtenidas promediando la lectura de presión arterial en reposo de los pacientes durante 2 o más visitas. Las personas con mayor edad a 50 años están clasificadas como hipertensas si la presión arterial se mantiene constantemente en 90 mm Hg diastólica o 140 mm Hg sistólica de dosis como mínimo. 25-27

La hipertensión comprende de un elemento de peligro cardiovascular, la terapia antihipertensiva se enfocará en bajar el peligro cardiovascular global, además de los datos de presión arterial, presentando otros elementos de peligro cardiovascular, como padecimiento cardiovascular o renal determinada, síndrome metabólico o diabetes. 25-27

Tipos de la Hipertensión Arterial.

En el 90 % de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica. 28

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra, correspondiendo el primero a la tensión sistólica (la más alta y que se produce cuando el corazón se contrae), mientras que el segundo número hace referencia a la tensión diastólica (la menor, se da cuando el músculo cardíaco se relaja); la tensión normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg. Por lo tanto la Hipertensión Arterial (HTA) en el adulto se define como una tensión arterial sistólica igual o mayor a 140 mm Hg y una tensión arterial diastólica igual o mayor a 90 mm Hg. 28

Clasificación de la Hipertensión Arterial. Tomado de: Guías Latinoamericanas de Hipertensión arterial. 29

La hipertensión sistólica aislada se refiere a la presencia de una presión sistólica elevada conjuntamente con una presión diastólica normal, una situación frecuente en las personas de edad avanzada.

La hipertensión se clasifica como resistente o refractaria en sujetos tratados con al menos 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas. 30

Hipertensión arterial primaria o esencial: es la hipertensión idiopática que tiene factor genético, por tanto, suele existir antecedentes en la historia familiar.

Hipertensión arterial secundaria: Cuyo origen se encuentra correlacionado con una causa específica ya sea esta: renovascular, feocromocitoma, coartación de la aorta, entre otras. 30

La HTA es asintomática, la persona que lo padece hace notoria su enfermedad cuando presenta complicaciones como: Insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular, nefropatía, problemas visuales o neurológicos. También pueden presentar cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Las alteraciones cognitivas agudas están asociadas a encefalopatía hipertensiva o accidentes vasculares a nivel cerebral. 30

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Se conoce que la mayoría de pacientes en especial aquellos mayores de 50 años, alcanzarán el objetivo de PAD después del PAS, el enfoque primario debe ser conseguir el objetivo de PAS. Tratando la PAS y la PAD hasta la meta de 140/90 mm Hg está asociado con un descenso en complicaciones cardiovasculares. 30

En hipertensos diabéticos o enfermedad renales objetivo de PA es < 130/80 mm Hg. 30

Prevención: Se denomina así a la información que se tiene en conjunto para adquirirse durante la vida, lo cual está abordado en un ámbito de aprendizajes que obtienen las personas para la prevención de la enfermedad en estudio (22). Para considerar un adecuado estilo de vida, se basa una alimentación saludable compuesta en consumo balanceados, frutas y vegetales, control de hábitos nocivos y emociones, así como el control e inspección de los valores de la enfermedad y una rutina de actividad física equilibrada proyectada al bienestar de la persona. 30

Medidas preventivas en la hipertensión arterial: En las medidas preventivas, se tiene en cuenta los comportamientos que adquieren las personas para preservar una salud equilibrada, considerando en todo momento que se desarrolle la prevención y el control en la hipertensión arterial del paciente, teniendo en consideración que para ello debe disminuirse dichos riesgos con adecuada existencia vigorosa a favor de ejercicios que se compongan en rutinas diarias (24). Asimismo, evitar el consumo de sustancias nocivas que atenten a la salud como el alcohol, cigarrillos, alimentos altos en grasas saturadas, situaciones de estrés, por lo cual se recomienda, un cambio positivo en su estilo de vida y, llevar una intervención de su presión arterial. 31

La adopción de estilos de vida saludables en todo el mundo es imprescindible para prevenir la elevación de PA y es indispensable en hipertensos. La modificación de los estilos de vida más importantes bajan la PA, incluyendo: 15, 16, 31

- Incrementar la actividad física aeróbica; actividades como caminar, bailar, correr, nadar y montar en bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana. Bien realizados, estos ejercicios pueden llegar a reducir los valores de tensión arterial

en personas hipertensas hasta situar sus valores dentro de la normalidad. Además, se tiene en cuenta que la actividad física, propicia un beneficio adecuado en la salud, partiendo desde una rutina diaria, tiende a mejorar el estado de ánimo, porque reduce de manera considerable los niveles de estrés. También, los adultos que propician estas prácticas disminuyen de manera notable las enfermedades cardiovasculares que significa una de las causales de muerte en el ser humano

- Mantener un peso corporal dentro de los estándares correspondientes a la edad y la estatura, según el sexo, lo que debe estar acorde con el IMC correspondiente
- Reducir al mínimo el consumo de alcohol: al día no deben consumirse más de 30 ml de etanol, que equivale a 720 ml (2 latas) de cerveza; 300 ml de vino (dos copas; un vaso lleno contiene 250 ml); 60 ml de whisky (un quinto de vaso), en los varones; en las mujeres, la mitad; reducir el consumo de sodio consumir una dieta rica en frutas y vegetales.
- Se recomienda una dieta que se caracteriza por la abundancia de productos frescos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, patatas, frutos secos), baja en productos ricos en azúcares refinados y carnes rojas, consumir aceite de oliva como la principal fuente de grasa, y la ingesta de queso fresco, yogur, pollo y pescado en cantidades moderadas, lo cual se considera una alimentación ideal para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Privarse de todo tipo de tabaco (cigarro, pipa, habano, etc.).
- Controlar la glucemia (sobre todo si la persona padece diabetes).

La modificación de estilos de vida reduce la PA, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. 15, 16,31

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos del consultorio 12 policlínico “Juan Olimpio Varcарcel” de Venezuela en Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre febrero 2022 a febrero 2024.

Universo y muestra

El universo de estudio está constituido por 35 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de edad adulta, pertenecientes al área de salud antes referida, en el periodo en que se enmarcó el estudio. Se trabajó con la totalidad de los pacientes del universo por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que estuviesen de acuerdo de participar en el estudio y firmen el acta de consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.

2. pacientes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral de la policlínica de referencia.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con estilos de vida modificables en el paciente hipertenso 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.

La intervención se realizó en tres etapas:

Etapa diagnóstica: Se les explicó a los pacientes las características del estudio, con el objetivo de motivarlos con el tema, se aplicó una encuesta con un total de 4 preguntas, todas hechas de manera cerrada y comprensible, evaluándose en los mismos criterios sobre los estilos de vida modificables.

Etapa de intervención: La segunda etapa correspondió a la elaboración de un programa educativo sobre el conocimiento de estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos. Se aplicó luego el programa educativo propuesto en cinco sesiones, con una hora de duración y una frecuencia de 7 días entre las mismas.

Etapa evaluativa: Se aplicó nuevamente el cuestionario inicial, para evaluar la efectividad de la intervención, al final del quinto encuentro.

Métodos del nivel teórico:

- Histórico-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 cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

- Analítico-Sintético: Se analizó y comparó 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 en diferentes temas relacionados el HTA.

- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la comunidad y en específico para los hipertensos, dirigida por el equipo básico de salud para promover acciones de educación y prevención el problema de investigación en el área de salud de estudio.

Métodos del nivel empírico:

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 pacientes seleccionados en la muestra.

Charla educativa: Variante abreviada de la clase la cual debe ser preparada convenientemente. La misma cuenta de 3 partes: introducción, desarrollo y preguntas de comprobación. Para obtener mejores resultados deben emplearse medios de enseñanza, la charla nunca debe ser leída ni debe tratar de agotar un tema, de forma que su tiempo de duración garantice la atención de las participantes.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización	Indicador
	Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Menos de 40 años	
		De 40 a 59 años	
		60 o más años	Según años cumplidos. Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino	
		Femenino	Según sexo de pertenencia Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Control de la tensión arterial	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	
		Inadecuado	Nivel de conocimientos sobre control de la tensión arterial Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	
		Inadecuado	Nivel de conocimientos sobre hábitos tóxicos Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Práctica de ejercicios físicos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	
		Inadecuado	Nivel de conocimientos sobre Práctica de ejercicios físicos y su beneficio. Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Hábitos dietéticos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	
		Inadecuado	Nivel de conocimientos sobre hábitos dietéticos 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.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas M c. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre estilos de vida modificables en pacientes con HTA, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este proyecto de intervención educativa está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Som ersest W est, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los pacientes 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 las 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 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 benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonom ía, Beneficencia, No M aleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Hipertensos según sexo y edad. CM F#12 del municipio Venezuela. 2024.

Grupo de edades	Sexo		Total			
	M asculino		F emenino			
	No .	%	No .	%	No .	%
M enos de 40 años	2	15,4	5	22,7	7	20,0
De 40 a 59 años	4	30,8	8	36,4	12	34,3
60 o más años	7	53,8	9	40,9	16	45,7
Total	13	100,0	22	100,0	35	100,0

Fuente: cuestionario

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

Se pudo observar un predominio de participantes del sexo femenino con 22 de ellas en relación a los 13 masculinos.

Las edades más frecuentes resultaron los de 60 y más años con 16 de ellos que representaron el 45,7 % del total, los cuales fueron también mayoría en ambos sexos con 7 entre los masculinos para el 53,8 % de estos y 9 entre las mujeres para el 40,9 %.

En un estudio similar realizado en Granma por Díaz Hernández, 32 este refiere que observo un predominio del grupo de edades de más de 65 años con 36 pacientes para un 40 % del total, y el sexo femenino a su vez con 56.7 %, muy similar a lo encontrado en el presente estudio.

Este corolario también coincide con los de Pomares, 33 quien plantea que esta enfermedad es más frecuente en las mujeres a partir de los 50 años de edad, estos resultados se deben a que, en esta etapa de la vida, la mujer no está protegida por factores hormonales (estrógenos) los que elevan el HDL-colesterol. En este período se elevan las LDL-colesterolas que favorecen la formación de placas de ateromas, tornando las arterias rígidas, con pérdida de su elasticidad y a la elevación consecuente de la presión arterial. 33-36

Existe contradicción con los estudios realizados por García Céspedes, 37 y Martínez de Murga, 38 quienes concluyeron que la mayoría de los hipertensos son hombres. Referente al sexo, investigadores, 39 encontraron también un predominio del sexo femenino en el padecimiento de esta enfermedad, con un 34% y un 60% de pacientes femeninas respectivamente.

Tabla 2. Hipertensos según nivel de conocimientos sobre adecuado control de la tensión arterial y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos Evaluación

	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	4	11,4	14	40,0
Inadecuado	31	88,6	21	60,0
Total	35	100,0	35	100,0
Prueba de McNemar	p =		0,013	

La tabla 2 muestra la distribución de hipertensos según el nivel de conocimientos sobre adecuado control de la tensión arterial, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 4 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre adecuado control de la tensión arterial para el 11,4 % del total mientras que 31 de ellos (88,6 %) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 14 para un 40,0 % resultando en un aumento porcentual suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Díaz Hernández, 32 concluye en la dimensión control de la presión arterial, el 44,7% de la muestra en estudio tienen un nivel medio en conocimiento, el 35,5% alto y un 19,7% bajo. En la investigación realizada en Colombia por Zafra y Bedoya 40, encontraron que los participantes conocen sobre los valores de una presión normal y alterada, y la importancia de mantener una presión normal. La importancia de saber los rangos permite tener un adecuado

control de la presión, de esa forma poder prevenir un posible desarrollo de la enfermedad, asimismo, el conocer permite difundir la información sobre los valores de la presión arterial a los más cercanos, y así más personas tomen conciencia de la importancia de tener un adecuado control en relación a la edad y/o actividad que se realice.

Tabla 3. Hipertensos según nivel de conocimientos sobre hábitos tóxicos y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos Evaluación

	Antes		Después		
	No.	%	No.	%	
Adecuado	8	22,9	22	62,9	
Inadecuado	27	77,1	13	37,1	
Total	35	100,0	35	100,0	
Prueba de McNemar		p =	0,001		

La tabla 3 muestra la distribución de hipertensos según el nivel de conocimientos sobre hábitos tóxicos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que, en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 8 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre los hábitos tóxicos para el 22,9 % de la muestra, y 27 participantes (77,1 %) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 22 de los participantes para un 62,9 % lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

Díaz Hernández, 32 refiere que en cuanto a la dimensión control de hábitos nocivos, luego de la intervención más del 60% de los pacientes presentaron un nivel de conocimiento medio. El evitar hábitos nocivos, ayuda no solo a reducir el riesgo de HTA, sino también el desarrollo de otras afecciones, como el desarrollar cáncer a los pulmones, problemas en el hígado, problemas de corazón, entre otros, los hábitos son modificables; sin embargo, es necesario que el individuo conozca los riesgos, en los resultados poco más de la mitad conoce; sin embargo, es necesario reforzar el nivel de conocimiento en esta dimensión.

Zubeldia, 41 en su análisis "Prevalencia de Hipertensión Arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad", destaca que el conocimiento sobre los factores condicionantes de la crisis hipertensiva fue inadecuado en 57 ancianos antes de aplicar el programa educativo (86.4 %); pero después de efectuado el 99 % lo modificaron favorablemente y con elevada significación.

Al identificar los resultados obtenidos en las investigaciones referenciadas, sale a relucir la importancia de conocer sobre esta enfermedad, los resultados aportan información valiosa para la implementación de estrategias educativas sobre prevención y control de la HTA en los

habitantes buscando incrementar la conciencia en la persona que la única forma de prevenir esta enfermedad es tener el conocimiento para poderlo aplicar en beneficio de su propia salud.

Tabla 4. Hipertensos según nivel de conocimientos sobre práctica de ejercicios físicos y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos Evaluación				
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	31,4	28	80,0
Inadecuado	24	68,6	7	20,0
Total	35	100,0	35	100,0
Prueba de McNemar p = 0,000				

La tabla 4 muestra la distribución de hipertensos según el nivel de conocimientos sobre práctica de ejercicios físicos, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 11 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre práctica de ejercicios físicos para un 31,4 % del total, mientras que 24 (68,6 %), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 28 participantes (80,0 %) y este elevado número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Zubeldia, 41 refiere que en relación a la dimensión física se encontró que el 86,8% del total de pacientes tienen un nivel de adecuado al concluir la intervención. Resultados similares halló Campoverde, 42 en su muestra donde el 75,6% tuvo un nivel alto, lo mismo Chávez, 43 con un 52% en un nivel medio.

Chávez 43, 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.

Estos resultados reflejan la brecha de conocimiento respecto al nivel físico, siendo esta parte importante en la vida del individuo, pues no solo permitirá prevenir la HTA, sino también el desarrollo de otras enfermedades, así como también reducir el riesgo de obesidad o sobrepeso. La actividad física favorece a conseguir un bienestar físico, en personas con presión alterada, con una vida sedentaria aumenta el riesgo de poder desarrollar esta afección.

Tabla 5. Hipertensos según nivel de conocimientos sobre hábitos dietéticos y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos		Evaluación			
Antes		Después			
No.	%	No.	%		
Adecuado	23	65,7	33	94,3	
Inadecuado	12	34,3	2	5,7	
Total	35	100,0	35	100,0	
Prueba de McNemar		p =		0,006	

La tabla 5 muestra la distribución de hipertensos según el nivel de conocimientos sobre hábitos dietéticos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, 23 de los participantes (65,7 %) presentaban un adecuado nivel de conocimientos sobre hábitos dietéticos, mientras que 12 de ellos (34,3 %), 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 33 (94,3 %), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

Zubeldia Lauzurica, 42 en la dimensión alimentación, el 89,5% de pacientes encuestados tuvieron un nivel de conocimiento alto. Resultados diferentes halló Chávez, 43 con un conocimiento bajo en un 42%, también Campoverde, 42 donde el 64,4% presentó un nivel medio, cifras que cambiaron una vez concluida la intervención.

Zafra, 40 refiere que luego de la intervención se encontró un incremento del 73,3% en el número de pacientes con conocimiento adecuado sobre hábitos dietéticos perjudiciales como el uso excesivo y perjudicial del consumo de sal en las comidas. 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.

La alimentación es un factor muy importante en la prevención y control de la HTA, y según resultados se observa que el conocimiento que tienen las personas oscila entre los niveles medio y alto, siendo favorable, siempre que la persona aplique el conocimiento en su conducta alimentaria que le permita desarrollar un hábito alimenticio saludable.

Tabla 6. Hipertensos según nivel global de conocimientos sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos		Evaluación	
Antes		Después	

	No.	%	No.	%
Adecuado	10	28,6	21	60,0
Inadecuado	25	71,4	14	40,0
Total	35	100,0	35	100,0
Prueba de McNemar		p =	0,027	

La tabla 6 muestra la distribución de hipertensos según nivel global de conocimientos sobre estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 10 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado en los diferentes temas de estilos de vida modificables en los pacientes hipertensos evaluados en los cuadros anteriores que representaron un 28,6 % del total, mientras que 25 de ellos (71,4 %,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para los mencionados temas anteriores.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 21 participantes respondiendo adecuadamente estos acápites y elevando el porcentaje global de respuestas correctas hasta 60,0 %. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada por lo que se consideró efectiva la intervención.

Osorio Bedoya, 39 concluyó en su estudio que los adultos hipertensos presentan un inadecuado conocimiento sobre el estilo de vida. Asimismo, coinciden con Zafra, 40 quien concluye que el 64,6% de los adultos presentan un regular conocimiento sobre la hipertensión.

Zubeldia, 41 concluyó que, un 41% posee conocimiento malo, por lo que es necesario una intervención educativa para reforzar los conocimientos sobre la enfermedad por lo la intervención educativa realizada favorece el autocuidado de los hipertensos, en cuanto a la cualidad saludable y valoración de la presión arterial.

El control de la HTA está relacionado con el conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad que padece; ejerciendo un rol importante en comparación con otros factores sociodemográficos, debido a que el desconocimiento va a determinar la prevalencia de la enfermedad, frente a ello realizar intervenciones educativas en la población hipertensa permitirá afianzar el conocimiento que posee al reflejar cambios en su actuar, desarrollando actitudes positivas hacia la adherencia al tratamiento; el desarrollo hacia el autocuidado permitirá reducir la incidencia y prevalencia de HTA y sus complicaciones cardiovasculares (CV) que no se logran reducir, en parte debido a deficiencias en la prevención, el diagnóstico y el control del trastorno. 32,33

CONCLUSIONES

Predominaron los adultos mayores y el sexo femenino. Se encontró un muy bajo nivel inicial de conocimientos sobre adecuado control de la tensión arterial, hábitos tóxicos y práctica de ejercicios físicos, mientras que, respecto a hábitos dietéticos, la gran mayoría presentaba conocimientos adecuados desde el inicio, aun así, esta y las demás temáticas experimentaron una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos, así como en la evaluación final, indicando la efectividad del programa capacitante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adler A, Amoah A, Bhumiswasdi V, Cockram C. Integrated Management of Cardiovascular Risk. 4ta ed. Geneva New York, NY: World Health Organization; 2019.
2. Álvarez R. Temas de Medicina General Integral. 5ta ed. La Habana, Cuba: Editorial Ciencia Médicas; 2017 tomo IV.
3. Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of noncommunicable disease: the neglected chronic diseases of adults. Lancet 2017; 362: 903-908.
4. World Health Organization (WHO), [Página web oficial]. 4 Febrero 2020. [Citado el 26 Junio 2012] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_cancer_day/en/index.html
5. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2018. Lancet. 2019; 380(9859):2224-60
6. 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.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2415/html>
7. 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. 2019 [citado 09 Dic 2020]; 34 (6): 910-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84866>
8. Lugones Botell MA, Navarro Despaigne D, Fernández Britto-Rodríguez JE, Bacallao Gallestey J. Intensidad y evolución del síndrome climático y su relación con los factores de riesgo para aterosclerosis. Rev Cub Obst Ginecol. 2017 [citado 14 Dic 2019]; 43 (1): aprox 16 p. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/149/135>
9. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Asamblea General de las Naciones Unidas, 2021. Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/nmh/events/2016/consultation_201603015/en/)
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2021. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022.
11. Ministerio de Salud Pública. Reporte estadístico anual. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
12. Páramo JA, Civeira F. ¿Es posible la regresión de la placa aterosclerótica? Clin Investig Arterioscler. 2019 [citado 16 Dic 2020]; 29 (1): 46-50. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2016.05.003>

13. 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.revcorosalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/238/712>

14. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 47ma ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.

15. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev cubana med. 2017 Dic [citado 2020 Feb 24]; 56 (4): 242-321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232017000400001&ln=es

16. Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

17. Potter P, et al. "fundamentals of nursing". decima edición D, editor. Barcelona: Elsevier, 2020.

18. Mattson C, Grossman S. "Porth Fisiopatología" alteraciones de la salud. Conceptos básicos. Novena edición. POORTH, editor. Santa Fe: The point; 2020. F

19. Rivera Ledesma E, Junco Arévalo JV, Flores Martínez M, Fornaris Hernández A, Ledesma Santiago RM, Afonso Pereda Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Rev Cuban Med Gen Integr. 2019 [citado 02/08/2022]; 35(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi193d.pdf>

20. Bañeras J, Briongos S. "Manual CTO de Medicina y Cirugía" cardiología y cirugía cardiovascular. Décima edición, CTO Editor. Albarracín - Madrid: CTO editorial, S.L. 2020.

21. Organización Mundial de la Salud. Estilos de vida. [Online]. EEUU; 2020 [cited 2023 Junio 03]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01247107201200020000

22. ONU. Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: una carga económica para los servicios de salud. [Online]. EEUU; 2020 [cited 2021 enero 8. Disponible en: <https://www.un.org/es/chronicle/article/enfermedades-relacionadascon-el-estilo-de-vida-una-carga-economica-para-los-servicios-de-salud#:~:text=Las%20enfermedades%20relacionadas%20con%20el,como%20resultado%20el%20desarrollo%20de>

23. Mariela AdLCK, Alina GAS. Repositorio U Roousbelt. Estilos de vida de los adultos mayores hipertensos del Centro Integral Del Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Chupaca 2018. [Online]; 2019 [cited 2020 Junio 14. Disponible en: <http://repositorio.roosevelt.edu.pe/xmliu/handle/ROOSEVELT/86>.

24. Chinchayan Angulo, Rodas Ccopa, Von Bancel. Repositorio Cayetano Heredia. Estilos de vida no saludables y grados de hipertension arterial en pacientes adultos maduros. [Online]. Perú; 2019 [cited 2020 Enero 19. Disponible: <https://www.medicosfamiliares.com/adulto-mayor/envejecimiento/cambios-sociales-del-envejecimiento.html>.

25. Armas, M J. La hipertensión en Latinoamérica. Revista Latinoamericana de Hipertensión; 2019; 11-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170217078002.pdf>
26. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet. 2022 [citado 30/01/2022]; 398(10304):957-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8446938/>
27. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión. Washington D.C.: OPS; 2020 [citado 29/12/2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/dia-mundial-hipertension>
28. Bélgica Defaz H.; Oscar Aguirre M. Hipertensión arterial. Revista E-Análisis [Internet]. 2013 [10 de mayo 2020]; Volumen 1 (8): 8-10. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/analisis8.pdf>
29. Miriam Ayala, Velásquez Carlos, Burlando Guillermo, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. 2010. 29: 117-144.
30. Giuseppe Mancía; Robert Fagard, Krzysztof Narkiewicz; Josep Redon; Alberto Zanchetti; Michael Böhm; Thierry Christiaens et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2020 [10 de mayo 2022]; 66(11): 880.e12. Disponible en: http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a9024992pdf001.pdf
31. Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C.ushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7). [Internet]. 2020 [10 de mayo 2022]. P: 9-11 Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20204.pdf>
32. Díaz Hernández A. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos del consultorio 13, Policlínico Mártires del 4 de Agosto. Tercer congreso virtual de Ciencias Biomédicas en Granma, Manzanillo. enero 2022- junio 2023.
33. Pomares AJ, Vazquez MA. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Finlay Feb. 2022; 7(2): 7. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlayarticle/view/476bn>
34. Rizo González A. Modificaciones de la tensión arterial en pacientes hipertensos sometidos a un ensayo comunitario. Rev. Cuba. M.G.I.2020, 14 (1):11-12
35. Mendoza López DL, Mendoza Sierra AI, Díaz Alonso G. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Edumed Holguín [Internet]. 2019 [citado 2021 jul 6]; 2(4): [Internet].213-263. Disponible en: https://www.edumedholguin.sld.cu/intervencioneducativa_2_34
36. -Morillo Suarez Y. Actividades educativas sobre hipertensión arterial y estilos de vida saludables en población no hipertensa [Tesis]. Santiago de Cuba: IES hermanos Marañón MININT; 2019.

37. García A. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Rev Colomb Cardiol [Internet] 2016[citado 17/09/2022]; 23(6): [aprox. 6p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332016000600528
38. Torreblanca FL, Sánchez LI, Martínez M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Sal Pub México 2018; 40(6).
39. Osorio Bedoya EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2019 [citado 18 Feb 2022]; 25(3): 209-221. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012056332018000300209&lng=es.
40. Zafra S. Bedoya J. Conocimiento y comportamientos saludables de personas diagnosticadas con hipertensión arterial. Rev. Cultura del cuidado. [internet] 2017[citado el 19 agosto 2022]; 14(2) 35-46. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/download/4614/3925/7788>
41. Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de Hipertensión Arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunidad Valenciana. Rev Esp Salud Pública. 2019 [citado 05 Abr 2020]; 90: e40006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext
42. Campoverde SA. Nivel de conocimiento del adulto sobre prevención de hipertensión arterial en el Caserío Quebrada Seca-Lancones. diciembre 2017-abril 2018. [internet] [citado el 25 agosto 2022] 2019; Sullana: Universidad San Pedro. Disponible en: [Repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/11829/Tesis_60695.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/11829/Tesis_60695.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
43. Chávez J. Conocimientos sobre prevención de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el hospital San José Callao – 2021. [tesis] 2021; Lima: Universidad Roosevelt. [citado <https://repositorio.roosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/702/Tesis%20Iris%20Chavez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]