

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA COMUNIDAD LA CAOBA, MUNICIPIO VENEZUELA.

Autor: Dra. Yusleidis Ramona Blanco Carrión

2012



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

Intervención comunitaria para elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo que inciden en la hipertensión arterial en la comunidad La Caoba, municipio Venezuela.

Tesis en opción al título de Especialista en Primer grado de Medicina General Integral.

Autora: Dra. Yusleidis Ramona Blanco Carrión

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral

Tutor: Dr. Paulino Hernández Guerra

Especialista de Primer grado en Higiene y Epidemiología.

Policlínica General Integral Docente “Juan Olimpio Valcárcel”.

Municipio Venezuela

2012

PENSAMIENTO

*...HERMOSO ES QUE EL HOMBRE
HONRE SU ALMA ENTREGÁNDOLA
AL QUE LA NECESITA...*

ANÓNIMO.

DEDICATORIA

A mis abuelos: a quienes les debo mi vida.

A todo aquel que pueda serle útil, en especial, a aquellas personas que siempre tratan de guiarte por el mejor camino.

AGRADECIMIENTOS

QUIERO AGRADECER MUY ESPECIALMENTE A:

MI FAMILIA POR SER EL SOPORTE DE LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES .

A MI MAMÁ QUE CON SU AMOR HACE QUE TODO LO MALO DESAPAREZCA.

A MI ESPOSO POR SU APOYO INCONDICIONAL

DRA. MIRLA SOTOLONGO MARTÍNEZ POR SU AYUDA Y POR DEMOSTRARME TANTO CARÍÑO.

A LA REVOLUCIÓN POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE FORMARME COMO MÉDICO Y ESPECIALMENTE A NUESTRO COMANDANTE FIDEL CASTRO RUZ.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después de una intervención comunitaria con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que más inciden en los pacientes con Hipertensión arterial en la población del consultorio número 18 en el poblado de La Caoba, municipio Venezuela, en el periodo comprendido entre noviembre del 2011 y agosto del 2012. El universo de estudio estuvo constituido por 73 pacientes dispensarizados con Hipertensión arterial residentes en el área perteneciente al consultorio 18 de La Caoba municipio Venezuela y la muestra fue probabilística y quedó conformada por 53 pacientes que dieron su consentimiento informado (anexo I), atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión. Se diseñó un programa de intervención comunitaria que se le impartió al grupo y se volvió a aplicar con un intervalo de 4 meses. Se obtuvo como resultado, que los conocimientos sobre los diferentes temas mejoraron: en las prueba realizadas sobre el tema del hábito de fumar, obtuvo evaluación de bien el 41.5% de la muestra; en el alcoholismo un 33.9%; sedentarismo se obtuvo calificación de bien en el 30.1%; consumo de grasa 28.3% y de forma general al final de la intervención el 35.8% solo obtuvo calificación de bien. Se concluye que la intervención elevó los conocimientos en la muestra estudiada.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, intervención comunitaria.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	1
OBJETIVOS:	4
MARCO TEÓRICO:	5
MATERIAL Y MÉTODO:	14
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	21
CONCLUSIONES:	28
RECOMENDACIONES:	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	30
ANEXO 1:	35
ANEXO 2:	36
ANEXO 3:	40

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una [enfermedad crónica](#) caracterizada por un incremento continuo de las cifras de [presión sanguínea](#) en las [arterias](#). Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con los consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de [aterosclerosis](#) y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa. Se plantea que aproximadamente del 90 al 95% de todos los hipertensos presentan HTA primaria o esencial. Este término significa simplemente que no se conoce la causa orgánica evidente .¹

La hipertensión arterial está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico. Tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, encontrándose datos sobre ella desde las civilizaciones más antiguas, por ejemplo, en el siglo- VI antes de Cristo [Sushruta](#) menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión¹. En esa época se trataba la «enfermedad del pulso duro» mediante la reducción de la cantidad de sangre por el corte de las venas o la aplicación de sanguijuelas .Personalidades reconocidas como el Emperador Amarillo (en China), Cornelio Celso, Galeno e Hipócrates abogaron por tales tratamientos².

La hipertensión arterial es la afección crónica más frecuente en la población adulta en el planeta; se comporta como factor de riesgo para padecer las enfermedades que se encuentran entre las más importantes causas de muerte en los países desarrollados y en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, como son la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad renal crónica³.

Debido a su alta prevalencia, constituye un problema de salud, pues se considera que entre 15 y 30 % de la población mundial la padece, y sus complicaciones son la primera causa de muerte en la mayoría de los países⁴.

Lo novedoso del trabajo consistirá en una caracterización integral de las causas que inciden y prevalecen en la hipertensión arterial. De la misma forma, se atenderá a la interpretación de los resultados bajo un enfoque multifactorial e interdisciplinario en las condiciones de una población eminentemente rural sobre lo cual no existen antecedentes de estudios con esta especificidad⁵.

En el XXXVI Congreso Argentino de Cardiología, FAC-2007, se señala que en el mundo se producen 5,1 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares y que de ellas 62 % están vinculadas al control subóptimo de la presión arterial y en ese conclave se dio en llamar la HTA "una pandemia sin control"⁶⁻⁷.

En España su prevalencia en adultos es de aproximadamente un 35%, llegando al 40% en edades medias y al 68% en mayores de 60 años, por lo que afecta a unos 10 millones de personas adultas⁸.

En este último decenio se ha ido comprendiendo, de manera gradual, que la modificación del estilo de vida del paciente con HTA, basada en: control de una dieta adecuada, eliminación de hábitos tóxicos (café, tabaquismo, alcohol, entre otros), regulación de la obesidad y el sedentarismo mediante ejercicios físicos, así como disminución del estrés, permiten preservar la capacidad de adaptación y lograr una atención para mejorar la calidad de vida. Los cambios de estilo de vida han demostrado efectividad en la disminución del número y la dosificación de los medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados de la tensión arterial.

En Cuba, esta enfermedad tiene una elevada prevalencia que fluctúa entre 20 y 32 % en personas mayores de 15 años de edad, es decir, alrededor de 2 millones de

afectados; no obstante, el informe del Ministerio de Salud Pública sobre la dispensarización de las personas hipertensas mostró que solo 8,6 de la población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de los de la prevalencia demostrada. Es de suponer, que una gran cantidad de individuos no se encuentra notificada, pues muchos de ellos no reciben tratamiento e igual número de estos no es controlado⁹.

En la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Afecciones no Transmisibles realizada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en el año 1995 se estimó una prevalencia de un 30.6% y un 33.0 % respectivamente, lo cual evidencia la magnitud del problema. 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. La cuestión relacionada con la identificación de los factores de riesgo de HTA constituye una problemática vigente en el mundo, en Cuba y particularmente en el poblado de La Caoba perteneciente al municipio Venezuela, Ciego de Ávila, pese a los esfuerzos de forma preventiva y asistencial que se llevan a cabo en nuestro país dada la incidencia de este problema de salud.¹⁰

Teniendo en cuenta todo lo antes expuesto, se realizó este estudio con la finalidad darle solución al siguiente problema de investigación: ¿Qué nivel de conocimiento presenta los pacientes hipertensos del consultorio número 18 La caoba sobre los factores de riesgo de su enfermedad?

El objeto de estudio tratado estuvo relacionado con los factores de riesgo de pacientes con Hipertensión arterial en la comunidad La Caoba municipio Venezuela provincia Ciego de Ávila.

Hipótesis:

Con la realización de una intervención comunitaria se puede elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo presentes en los pacientes hipertensos en el poblado de La Caoba.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una intervención comunitaria para elevar el nivel de conocimientos de los pacientes con hipertensión arterial sobre los factores de riesgo que inciden en su patología en el Consultorio número 18 La Caoba municipio Venezuela.

Objetivos específicos

- ❖ Identificar el nivel de conocimiento que tiene la población sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial.
- ❖ Diseñar, validar y aplicar una estrategia de intervención comunitaria a la población de riesgo teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje.
- ❖ Evaluar la modificación del nivel de conocimiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial.

MARCO TEÓRICO

La comprensión moderna de la hipertensión se inició con el trabajo del médico William Harvey (1578-1657), quien en su libro de texto *De motu cordis* fue el primero en describir correctamente la circulación sanguínea sistémica bombeada alrededor del cuerpo por el corazón. En 1733, Stephen Hales realizó la primera medición de la presión arterial registrada en la historia. Hales también describió la importancia del volumen sanguíneo en la regulación de la presión arterial. La contribución de las arteriolas periféricas en el mantenimiento de la presión arterial, definida como tono, fue hecha por primera vez por Lowell en 1669 y posteriormente por Sénac en 1783. El papel de los nervios vasomotores en la regulación de la presión arterial fue observada por investigadores como Claude Bernard (1813-1878), Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894) y Augustus Waller (1856-1922). El fisiólogo británico William Bayliss (1860-1924) profundizó este concepto en una monografía publicada en 1923. En 1808, Thomas Young realizó una descripción inicial de la hipertensión como enfermedad.² En 1836, el médico Richard Bright observó cambios producidos por la hipertensión sobre el sistema cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. La presión arterial elevada por primera vez en un paciente sin enfermedad renal fue reportada por Frederick Mohamed (1849-1884). No fue hasta 1904 que la restricción de sodio fue defendida mientras que una dieta de arroz se popularizó alrededor de 1940.¹¹

El reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt. Observaciones por Janeway y Walhard llevaron a demostrar el daño de un órgano blanco, el cual calificó a la hipertensión arterial como el «asesino silencioso». Los conceptos de la renina, la angiotensina y aldosterona fueron demostrados por varios investigadores a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Nikolai Korotkov inventó la técnica de la auscultación para la medición de la presión arterial. Los nombres Irvine H. Page, Donald D. Van Slyke, Harry Goldblatt, John Laragh y Jeremy B. Tuttle son prominentes en la

literatura sobre la hipertensión, y su trabajo mejora la actual comprensión de las bases bioquímicas de la hipertensión esencial. Cushman y Ondetti desarrollaron una forma oral de un inhibidor de una enzima convertidora a partir de péptidos de veneno de serpiente y se les acredita con la síntesis exitosa del antihipertensivos captopril.¹²

Datos recientes del Estudio Framingham del Corazón sugieren que aquellos individuos normotensos mayores de 65 años de edad tienen un riesgo de por vida aproximado de 90% de tener hipertensión arterial.¹³ Desde los años 1980, el número de pacientes no diagnosticados ha aumentado de 25% hasta casi un 33% en los años 1990, la prevalencia de insuficiencia renal aumentó de menos de 100 por millón de habitantes hasta más de 250 por millón y la prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva se duplicó.¹⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que, aproximadamente, 17 millones de personas mueren prematuramente cada año por esta causa. Un esfuerzo en la prevención de las enfermedades no transmisibles permitiría salvar la vida a 36 millones de personas desde ahora hasta el 2015.¹⁵

Al respecto, la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para el ictus, por lo que el control médico eficaz evita o detiene muchas complicaciones y prolonga la vida de los pacientes. Debido a su alta prevalencia, constituye un problema de salud, pues se considera que entre 15 y 30 % de la población mundial la padece, y sus complicaciones son la primera causa de muerte en la mayoría de los países.¹⁶⁻¹⁷

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la mayoría de ellas.¹⁸

La prevención de la Hipertensión Arterial es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la Tensión Arterial (TA) 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 de HTA obliga a ejecutar una *intervención educativa* que favorece la promoción y educación dirigidas a la disminución de la *tensión arterial media* de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial, fundamentalmente la falta de ejercicios, niveles elevados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad, lo cual puede lograrse mediante acciones dirigidas a las modificaciones del estilo de vida.²¹⁻²².

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, cultural entre otros. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar la enfermedad. La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. La presente revisión se enfoca a los factores de riesgo tradicionales, modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente. La prevención primaria es una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo. Es la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión. Para tener éxito se tiene que educar al paciente y es la enseñanza de los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la hipertensión arterial y en algunos de los casos es el único tratamiento que se requiere. Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados.

En la Modificación al estilo de vida recomendados en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial encontramos:

Control de peso: En caso de obesidad se tiene que favorecer una educación para el control de peso. Disminuir el consumo de sodio a menos de 100 mmol/día (6 g de NaCl). Practicar en forma regular el ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día la mayor parte de la semana. Suspender el uso del tabaco. Reducir la ingesta de grasa poliinsaturada y de alimentos ricos en colesterol. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal se traducirá en una disminución de la presión arterial de 1.6 a 1.3 mmHg en número considerable de pacientes.

Puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).²³

Actividad física: El efecto antihipertensivos del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial.²³

Ingesta de sodio: El mecanismo por el cual la restricción de sodio disminuye la presión arterial parece estar asociado a una reducción moderada en la cantidad de catecolaminas circulantes. El consumo de sodio por día recomendado en una dieta normal debe ser de 100 mmol/día, lo que equivale a dos gramos de sodio o seis gramos de sal de mesa. Los principales condimentos ricos en sodio son: Sal de ajo y cebolla, ablandadores de carne, consomé en polvo, polvo para hornear, salsa de soya, salsa inglesa, aderezos ya preparados, otros como alimentos embutidos, productos de salchichonería y enlatados. ²³

Ingesta de potasio: El mecanismo antihipertensivos propuesto en la ingesta de potasio, incluye un aumento en la nutriereis así como un efecto vasodilatador, al aumentar la actividad de la bomba Na^+/K^+ - ATPasa. Los suplementos orales de potasio sólo deben darse a los pacientes que cursan con hipocalemia secundaria al tratamiento con diuréticos.²³

Uso del tabaco: El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.

Consumo de cafeína: La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo. Comer demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol²³.

Se estima que mundialmente existen alrededor de 6 691 millones de personas con HTA, de las cuales 420 millones fallecen anualmente por enfermedades cardiovasculares, la cual ocupa el primer lugar en la morbilidad y mortalidad en el paciente adulto. Como problema sanitario afecta a grandes grupos poblacionales (más de 691 millones de personas) y está presente en la mayoría de las 15 millones de muertes provocadas por afecciones circulatorias, de los 7,2 millones por trastornos coronarios y de los 4,6 millones por enfermedad cerebrovascular.²⁴

En Chile, según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud desde 1986 a 1996, las tasas de HTA han tenido un aumento gradual en los últimos años²⁵. Se plantea que en individuos de 40 a 70 años de edad, cada incremento de 20 mmHg de presión sistólica y de 10 mmHg de presión diastólica sobre las cifras basales, duplica el riesgo de desarrollar un evento cardiovascular agudo. La prevalencia de HTA en México va en aumento (30.05%) y se estiman ya más de 15 millones de hipertensos entre los 25 y 69 años de edad

Diabetes, tabaquismo y obesidad incrementan de manera notable el riesgo de hipertensión arterial²⁶.

En España su prevalencia en adultos es de aproximadamente un 35%, llegando al 40% en edades medias y al 68% en mayores de 60 años, por lo que afecta a unos 10 millones de personas adultas²⁷⁻²⁸. En estudios recientes demostraron un importante avance desde la década de los ochenta en el control de los factores de riesgo en la hipertensión arterial. Se establece que su prevalencia oscila entre el 15 y el 20 % (mayor de 160/95mmHg) ,²⁹ y entre el 28 y el 32 % (mayor de 140/90 mmHg), en la población mayor de 15 años³⁰.

Las enfermedades crónicas no trasmisibles constituyen en la actualidad la principal causa de muerte en todas las regiones del mundo, con excepción del África Subsahariana.³¹ De los 35 millones de muertes en el año 2005 por enfermedades crónicas no trasmisibles, el 80 % ocurrió en los países en vías de desarrollo.³²

En Estados Unidos origina más de 60 000 muertes anuales e interviene en la concurrencia de un millón de infartos agudos del miocardio y de enfermedades cerebrovasculares, pues la padecen aproximadamente más de 24 millones de sus habitantes.³³ El control de la hipertensión en los tratados disminuye con el incremento de la edad, solo se encuentran controlados 53 % de los hipertensos entre 60 y 69 años de edad, 37 % de los comprendidos entre 70 y 79, y solo 31 % de los que tienen más de 80.³³ En los países en vías de desarrollo la situación es aún más crítica, por ejemplo, en la India y Bangladesh, solo 44 % de los hipertensos eran conocidos y de estos solo 23 % estaban controlados.³³ En el estudio Inter Asia, se encontró que solo 46 % de los hipertensos con más de 65 eran conocidos, solo estaban tratados 31,9 % y 9 % estaban tratados y controlados.³⁴

Se estima que en Argentina hay aproximadamente 3 millones de hipertensos de los cuales un 60% no llevan un control y seguimiento médico, ocasionando esta situación que aumenten las complicaciones, de ellos un 32% oscilan entre 45 y 60 años de edad.³⁶

En Cuba la HTA es un problema que se incrementa progresivamente se estiman 2 millones de pacientes hipertensos,³⁷ y la mortalidad por la enfermedad presenta cifras que oscilan entre 7,3 y 9,4 x 100 000 habitantes en los últimos años.³⁸

El primer programa nacional para la prevención y control de la hipertensión arterial, fue editado por primera vez en 1988 y seguido por una serie de acciones metodológicas revisadas por expertos y modificadas según criterios mundiales de la Liga Internacional de Hipertensión, hasta su última edición en el 2008; este debe tenerse en cuenta por el personal de la salud en los diferentes niveles de atención, pues constituye un instrumento de trabajo en su práctica diaria.³⁹

El contexto colombiano Actualmente 7,1 millones de personas mueren como resultado de tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, uno de los primeros lugares de causas de incapacidad, uno de los principales motivos de consulta médica y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social.⁴⁰

En el país existe entre el 25 y 30 % de hipertensos según el Programa Nacional de Hipertensión (MINSAP. Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana, 1998) La mortalidad por esta afección ha ido disminuyendo en Cuba años tras año, de una tasa de 16,2 por 100 000 habitantes en 1968 a 7,9 por 100 000 habitantes en 1986, sin embargo, sigue siendo aquí y en el mundo una de las causas frecuentes de morbilidad, tan es así que actualmente más de 2 millones de cubanos adultos padecen de esta enfermedad.⁴⁰ En Cuba existen autores como Prieto Dringgs y Álvarez Pérez que coinciden en que el mayor número de hipertensos se registra por encima de los 30 años.⁴¹

Se ha demostrado que en nuestro país existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial, algunos estudios han informado que entre el 24 y el 30 % de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza. En los resultados de una revisión de la literatura llevada a cabo por *Merino y Gil* en 2001, se encuentran porcentajes de incumplimiento de las prescripciones farmacológicas que oscilan entre el 15,7 y el 66,0 %.⁴³

El Proyecto Global Cienfuegos después de cuatro años redujo la prevalencia de HTA de 43,9% a 38,5%.⁴⁴ La OMS estima que una disminución de 2 mmHg. En la Presión Arterial Media de la población produce una reducción del 6% de la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para las cardiovasculares y un 3% para todas las causas asociadas. Si esto se aplica a la reducción media lograda en Cienfuegos pueden lograrse disminuciones de un 9% para las enfermedades cerebrovasculares, 6% para las cardiovasculares y 4,5% para todas las causas.⁴⁴

En la comunidad del municipio Cárdenas en los meses de enero de 1995 a febrero de 1996. El estudio demostró que realmente esta población no tiene el adecuado conocimiento, o no tiene conciencia de la importancia de mantener valores de la presión arterial dentro del rango de la normalidad.⁴⁵

Además estamos frente a uno de los más temibles factores de riesgo, y que como se conoce según la literatura, de este 91,4 % no controlarse, el 80 % estaría condenado a morir de enfermedad coronaria y el 10 % restante de enfermedad

cerebrovascular, siendo causa obligada de ingreso en algún momento de su vida.

45

En la provincia de Ciego de Ávila la prevalencia es de 29.5%, se estima que en el año 2011 hubo una prevalencia de 195.6 X 1 000 habitantes.⁴⁶Específicamente en el municipio Venezuela es de 27.2%.

En contraposición con las cifras registradas en la provincia y el municipio, en el consultorio 18(La Caoba) la prevalencia está por debajo del 15%, lo cual hace pensar en un subregistro del número de hipertensos.En el área de salud de La Caoba en los últimos 3 años ha tenido un incremento de un 9% de pacientes que comienzan a padecer la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después de una intervención comunitaria con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que más inciden en los pacientes con Hipertensión arterial en la población del Consultorio número 18 en el poblado de La Caoba, municipio Venezuela, en el periodo comprendido entre noviembre del 2011 y agosto del 2012.

El universo estudio estuvo constituido por 73 pacientes dispensarizados con HTA residentes en el área perteneciente al consultorio 18 de La Caoba municipio Venezuela y la muestra fue probabilística y quedó conformada por 53 pacientes que dieron su consentimiento informado(anexo I) y atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos individuos mayores de 25 años de edad, quienes tenían un nivel de escolaridad de 9no grado y más, capaces de leer y responder una encuesta, que dieran el consentimiento informado (Anexo II) y que participaran en el 90% de las actividades realizadas.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los individuos retrasados mentales clínicamente evidentes y víctimas de enfermedades persistentes que inhiben el funcionamiento físico mental y los que no se encontraban en el área en el momento del estudio.

Etapas de diagnóstico: Inicialmente se realizó una revisión de las historias clínicas individuales con el objetivo de precisar los principales factores de riesgo presentes en estos pacientes, posteriormente se aplicó una encuesta (anexo II) para identificar las necesidades de aprendizaje sobre los mismos.

Etapa de intervención: En esta fase se aplicó a los pacientes hipertensos , la intervención diseñada al efecto por el tutor y la autora y validada por criterio de expertos (anexo 3), en la misma se procuró un enfoque práctico, en el que las personas generasen conocimientos y los aplicaran en su cotidianidad. El programa educativo consta de 5 temas que fueron impartidos en 8 sesiones. Se impartieron varias conferencias y dinámicas de grupos sobre los factores de riesgo de la Hipertensión arterial durante un período de cinco semanas en las aulas de la Escuela Primaria “Roberto Rivas Fraga” en el horario de la tarde.

Etapa de Evaluación y análisis de resultados: Se evaluó el nivel de conocimiento alcanzado por los profesionales después de la intervención aplicando el mismo instrumento que en la etapa diagnóstica a los 4 meses, y teniendo en cuenta las mismas categorías evaluativas. (Anexo 2)

Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Conocimientos sobre hábito de fumar	Cualitativa ordinal Politómica	Responde 4 items correctos Responde 3 items correctos Responde 1 ó 2 items correctos	Bien Regular Mal	Nivel de conocimientos sobre riesgos en la HTA del hábito de fumar
Conocimientos sobre alcoholismo	Cualitativa ordinal Politómica	Responde 4 items correctos Responde 3 items correctos Responde 1 ó 2 items correctos	Bien Regular Mal	Nivel de conocimientos sobre riesgos en la HTA del alcoholismo
Conocimientos sobre	Cualitativa ordinal	Responde 4 items	Bien	Nivel de conocimientos

sedentarismo	Politómica	correctos Responde 3 items correctos Responde 1 ó 2 items correctos	Regular Mal	sobre riesgos en la HTA del sedentarismo
Conocimientos sobre consumo de grasas	Cualitativa ordinal Politómica	Responde entre 11 y 12 items correctos Responde entre 10 y 8 items correctos Responde 7 o menos items correctos	Bien Regular Mal	Nivel de conocimientos sobre riesgos en la HTA del consumo de grasas
Conocimientos sobre ingesta de sal	Cualitativa ordinal Politómica	Responde 8 items correctos Responde entre 7	Bien	Nivel de conocimientos sobre riesgos

		y 6 items correctos	Regular	en la HTA de la ingesta de sal.
		Responde 5 ó menos items correctos	Mal	

Escala de evaluación del nivel de conocimientos del cuestionario en general:

Bien: Si obtiene una calificación entre 85 y 100 puntos

Regular: Si obtiene una calificación entre 70 y 84 puntos

Mal: Si obtiene una calificación menor de 70 puntos.

Variable Dependiente. Nivel de conocimiento. Como elemento medular se define como...” el conjunto de información con valor agregado “ es algo genérico que se atribuye al agente para explicar el «por qué» de su comportamiento.

Variable independiente. Programa de capacitación: Sistema de actividades educativas para lograr cambios en el conocimiento sobre cáncer infantil y su proceso de atención.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

Análisis histórico lógico: se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los conocimientos que poseían los profesionales sobre la conducta a seguir ante un paciente pediátrico con cáncer o con riesgo de padecerlo.

Análisis síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Inducción–deducción: Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

Hipotético–deductivo: deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

La observación: mediante la misma se conoce la realidad del fenómeno en estudio teniendo en consideración que los pacientes no muestran interés por los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.

Revisión documental: permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento de los factores de riesgo en los pacientes con HTA, nacional y provincial resaltando la importancia de las medidas de prevención.

Se utilizaron diferentes técnicas como:

El cuestionario: dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a la población identificando necesidades de aprendizaje y aplicando un programa educativo para corregirlos.

Procesamiento estadístico: Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 13.0 para Windows para su procesamiento. Fue resumida en frecuencias absolutas y porcentos.

Aspectos éticos

Se llevó a cabo un proceso de negociación con los pacientes explicando detalladamente en qué consistía la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y, por último, estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta las Normas y Procedimiento establecidos para los trabajos de terminación de residencia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Pacientes hipertensos según nivel de conocimientos sobre el hábito de fumar.

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Bien	15	28.3	22	41.5
Regular	17	32.1	21	39.6
Mal	21	39.6	10	18.9
Total	53	100	53	100

Fuente : Encuesta

En esta tabla se observó el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos sobre el hábito de fumar donde se representaron por un 39.6% los que tenían una evaluación de mal antes de la intervención y al concluir la misma solo el 18.9% estaban clasificados en esta categoría. Hubo una mejoría en los pacientes evaluados de bien los cuales al final de la intervención ascendieron a 41.5 %.

Lyda Holguín y colaboradores en su estudio encontraron que hubo una mejoría significativa sobre los conocimientos adquiridos en relación al tabaquismo y los daños que ocasiona para la HTA.⁴⁰

La capacidad aterogénica del hábito de fumar está comprobada de forma concluyente. Se plantea que existe una relación directa entre la intensidad al fumar y las cifras de TA para cada bocanada aspirada. A los 5 años de abandonar el consumo tabáquico, el riesgo producido por el hábito de fumar desciende al nivel de personas no fumadoras.⁴⁷

El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.⁴⁸

Tabla2: Pacientes hipertensos según nivel de conocimientos sobre el alcoholismo.

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Bien	13	24.5	18	33.9
Regular	15	28.3	21	39.6
Mal	25	47.2	14	26.4
Total	53	100	53	100

En esta tabla se observó que el 47.2 % de los pacientes tienen evaluación de mal antes de la intervención y después de la misma esta situación cambio a un 26.4 %. No obstante luego de la intervención predominó la categoría de regular con un 39.6%.

El alcohol es un claro determinante de los niveles de presión arterial (PA) en poblaciones con una ingesta elevada. Por otra parte, se ha descrito que las personas con una ingesta elevada de alcohol presentan una reducción significativa de la PA y frecuencia cardíaca después de un mes de abstinencia. La ingesta excesiva de alcohol no sólo aumenta la tensión arterial, sino que debe contemplarse como un factor de riesgo general de enfermedad y muerte.⁴⁹

Se han establecido los volúmenes de alcohol cuya ingestión puede conformar riesgo de HTA, a saber: 720 mL de cerveza, 300 mL de vino o 60 mL de whiskey u otras bebidas «espirituales», cuyos límites no deben ser traspasados.⁴²

Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).⁴⁴

Tabla 3: Pacientes hipertensos según nivel de conocimientos sobre el sedentarismo.

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Bien	11	20.7	16	30.1
Regular	28	52.8	32	60.3
Mal	14	26.4	5	9.4
Total	53	100	53	100

En esta tabla se apreció que el 52.8% de los pacientes tienen un nivel de conocimientos regular en relación al sedentarismo y un 26.4% están evaluados de mal al inicio del estudio y luego de la intervención educativa hubo un ascenso del porcentaje de pacientes evaluados de regular a expensas de la disminución de los evaluados de mal quedando representados por 60.3% y 9.4% respectivamente.

El estilo de vida sedentaria es un importante factor de riesgo de HTA. La práctica de deportes de intensidad moderada reduce el riesgo futuro de presentar HTA y de progresión de la misma, lo que ocasiona un efecto favorable en la mortalidad precoz.⁴⁵

El ejercicio isotónico –dinámico y aeróbico– realizado sistemáticamente, con intensidad moderada pero suficiente para producir a largo plazo un efecto de entrenamiento, debe estimularse en hipertensos ligeros y moderados, en quienes

puede contribuir al descenso de la TA, como a la reducción del peso corporal y a la regulación deseable de un grupo de variables homeostáticas.⁴⁶

Tabla 4: Pacientes hipertensos según nivel de conocimientos sobre el consumo de grasas.

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Bien	9	16.9	15	28.3
Regular	19	35.8	20	37.7
Mal	25	47.1	18	33.9
Total	53	100	53	100

En esta tabla se observó que el 47.1% de los pacientes estaban evaluados de mal. Luego de la intervención sobre el consumo de grasas hubo una mejoría en el nivel de conocimiento, y solamente el 33.9% quedó evaluado la categoría de mal.

El Dr. Alejandro Luis Fadrugas Fernández en una Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio médico encontró que hubo un ligero aumento de la percepción de riesgo del consumo de grasas en los pacientes, lo cual coincide con este estudio.

Estrada D., Jiménez L., Pujol E., De la Sierra A. en un estudio realizado donde describen el Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular encontraron que la mayoría de pacientes (90%) afirma que una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la

presión arterial. esto no coincide con lo encontrado en el estudio realizado por el autor de esta investigación.⁴⁴

Comer demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol.⁴⁷

Tabla 5: Pacientes hipertensos según nivel de conocimientos sobre el consumo de sal.

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Bien	13	24.5	19	35.8
Regular	20	37.7	23	43.4
Mal	20	37.7	11	20.8
Total	53	100	53	100

Antes de la intervención las categorías de regular y mal se representaron por un 37.7% de los pacientes estudiados. Luego de la intervención se apreció que hubo disminución de los evaluados de mal los cuales solo se representaron por un 20.8% y hubo un incremento de los evaluados de regular y bien con un 43.4% y 35.8 respectivamente.

Estrada D., Jiménez L., Pujol E., De la Sierra A. en su estudio encontró que un

87% piensa que es aconsejable reducir el consumo de sal.⁴⁴

La prevalencia de HTA es muy baja en sociedades primitivas que tienen un escaso consumo de sal.²

El contenido en oligoelementos –Na, K, Ca y Mg– puede influir sobre el comportamiento de la TA, y es el primero el más definidamente nocivo; se hará hincapié en su reducción dietética a menos de 6 g de NaCl ó 2 g de Na diarios. De esta medida se puede esperar una disminución del nivel de TA y de las necesidades de medicación antihipertensiva. El potasio, sin embargo, es propuesto como protector contra la HTA y se debe obtener preferentemente a través del consumo de frutas frescas y vegetales, antes que usar medicamentos con tal finalidad.^{45, 46}

Tabla 6: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Bien	12	22.6	18	33.9
Regular	20	37.7	23	43.4
Mal	21	39.6	12	22.6
Total	53	100	53	100

Antes de la intervención educativa el mayor porcentaje de pacientes estaban evaluados de mal y regular con un 39.6% y 37.7% respectivamente y posterior a ello la categorías más representativas fueron las de regular y bien con un 43.4% y 33.9% respectivamente.

Pedro Peredo Rosado y colaboradores en un estudio titulado Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial realizado en Ciudad Madero, Tamaulipas encontraron que el nivel de conocimientos sobre hipertensión aumentó en la población estudiada después de aplicada la intervención.⁴⁵

Lyda Holguín y colaboradores en su estudio titulado. Adherencias al tratamiento de la HTA. Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial encontraron que hubo una mejoría significativa sobre los conocimientos adquiridos en relación los factores de riesgo que inciden en la progresión de la enfermedad.⁴⁰

CONCLUSIONES

Con la realización de la intervención comunitaria se logró elevar el nivel conocimientos sobre los factores de riesgo de la HTA en los pacientes afectados por esta patología.

RECOMENDACIONES

- 1- Continuar realizando acciones de promoción y prevención con estos pacientes y el resto de la población.
- 2- Diseñar un estudio con el objetivo de evaluar la modificación de los factores de riesgo de los pacientes con HTA, así como su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dwivedi,S. History of Medicine en National Informatics Centre (Gobierno de India). 2007
2. Esunge, P. From blood pressure to hypertension: the history of research. *Soc. Med.* 1991;84 (10): pp. 621.
3. Miasnikou A. Enfermedad hipertensivas. Moscú: Editorial MIR, 2008
4. Debs Pérez G, Noval García R, Dueñas Herrera A, Rodríguez Martorell F. Criterios. Actitudes y creencias sobre la hipertensión arterial en la población del municipio 10 de octubre. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996; 12(2):120-5.
5. Liga Uruguaya contra la Hipertensión Arterial. Primer Congreso Uruguayo sobre la Hipertensión Arterial. *Revista Médica Uruguay* 2007; 14(1):8-62.
6. Hypertension in the population at large. En: Kaplan M. *Clinical Hipertensión*. Norman. 7 ed. Baltimore: Ed. William and William; 1998. p. 1-17.
7. Brent ME, Yumin Z, Neal Axon R. US trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension.1988-2008. *JAMA.* 2010;203(20):2043-50.
8. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M,Cruz JJ, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens.* 2002;20:2157-64
9. Black HR, Cohen ID, Kaplan NM, Ferdinand KC, Chobanian AB, Dustan HP. The Sixth Report of the Join National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157(21):2413-46.
10. Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la Calidad de Vida. *Rev Salud Pública de México.* [seriada en internet]. 2002; 44 (4):444-9.
11. J.D. Swales. (1995). *Manual of hypertension*. Oxford: Blackwell Science. pp. xiii. [ISBN 0-86542-861-1](https://doi.org/10.1002/9781118154281)

12. Svetkey LP, Moore TJ, DASH collaborative research group y col. [«Angiotensinogen genotype and blood pressure response in the Dietary Approaches to Stop Hypertension \(DASH\) study»](#) (en inglés), en el *J Hypertens*, noviembre de 2001, 19 (11): págs. 1949-1956. Último acceso 27 de julio de 2010. PMID: 11677359.
13. OPS. Las condiciones de salud en Las Américas. Washington:OPS,1994:2-7 (Publicación Científica; No. 549).
14. Senado J, Cabrera Piñeiro JR, Haro Pérez C, Hatim Ricardo A, González Sjoström E. Análisis de la competencia y el desempeño de los profesionales en un policlínico de la Isla de la Juventud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005;21(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi211-205.pdf.
15. Luque Otero M, Fernández Pinilla C. Guías de actuación en el manejo del paciente hipertenso. En *Actualidad Terapéutica en Hipertensión Arterial*. Curso de Perfeccionamiento Interactivo. Edita Glaxo Wellcome. 2007
16. Mosser M, Setareo J. Resistant or difficult to control Hypertension. *N Engl J Med.* 2006. 355:385-92.
17. Kaplan NM. Crisis hipertensivas. En: *Hipertensión clínica*. 4 ed. Buenos Aires: Waverly Hispánica 2003:339-56.
18. Gramann T, Stamm B, Buchmann P. Adrenalectomy after snowboard fall. A pheochromocytoma becomes clinically apparent in an unusual way. [Internet] 2007; 110(4): 360-3 (acceso diciembre 2011) disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17043785>
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la HTA. 1999
20. Pacin Aguilar N. Manual de terapéutica de medicina interna. La Habana: ECIMED, 2008:65

21. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N. Temas de medicina interna. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002:304-
22. Coca A. Grado de control de la hipertensión arterial en España: ¿dónde estamos? Hipertensión. 2004;21(8):385-7.
23. Lillie EO, O'Connor DT. Early Phenotypic Changes in Hypertension: A Role for the Autonomic Nervous System and Heredity. Hypertension. 2007;50. Published online 6 August 2007
24. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, Guallar P, Rey J. Blood pressure in Spain: distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. Hypertension. 1998;32:998-1002.
25. Hypertension in the population at large. En: Kaplan M. Clinical Hipertensión. Norman. 7 ed. Baltimore: Ed. William and William; 1998. p. 1-17.
26. Brent ME, Yumin Z, Neal Axon R. US trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension.1988-2008. JAMA. 2010;203(20):2043-50.
27. Ostchega Y, Dillon CF, Hughes JP, Carroll M, Yoon S. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 2004. J Am Geriatr Soc. 2007;55:1056-65.
28. Hypertension Study Group. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. Bull World Health Organ. 2001;79:490-500
29. Prince M, Ferri C, Acosta D, Albanese E, Llibre Rodriguez J, Stewart R, et al. The protocols for the 10/66 Dementia Research Group population-based research programme. BMC. Public Health. 2007;7:165
30. Dubois RW, Brook RH, Rogers WH. Adjusted hospital death rates: A potential screen for quality of Medical Care. Am J Publ Health 1987;77(9):1162-1624.

31. Campos Céspedes J, Chinchilla Jiménez A. Reflexiones acerca de los desafíos en la formación de competencias para la investigación en educación superior. Actualidades Investigativas en Educación [Internet] Universidad de Costa Rica. 2009;9(2).(acceso el 13 de abril 2011) Disponible en: <http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/2-2009/reflexiones.php>
32. Gallardo Milanés O, Varona Velásquez E. La gestión por competencias en los centros de investigación cubanos.Holguín. 2003;9(1)actualizada noviembre 2003.citado febrero 2012. Disponible en: <http://www.ciencias.holguin.cu/2003/Marzo/articulos/ARTI8.htm>
33. Chobanian V, Bakris GL, Black HR, Cushman WG, Green I, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003;289(21):2560-71.
34. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana:MINSAP 1992:1-19.
35. Macías Castro I. Epidemiología de la hipertensión arterial
36. . Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Rev Panam Salud Pública 2000; 7 (1):60-7.
37. . Dieste Sánchez W, Rodríguez Viera M, Skeen González, Dueñas Herrera A. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa Nacional de Hipertensión Arterial. Boyeros y Habana Vieja, 1995. Rev Cubana Med Gen Integr 1997
38. Ingaramo RA, Vita N. Bendersky M. Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento. Rev Federación Argentina Cardiología. 2005;34:104-11.
39. Universidad Central de Las Villas"Marta Abreu". El problema de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. [Internet].actualizado septiembre 2006 [acceso mayo 2011]. Disponible en: <http://psicología.sociales.uclv.edu.cu/3er%simposio /ponencia9.htm>

40. Holguin L ,Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial [Internet].. *Univ. Psychol. Bogotá* (Colombia) 5 (3): 535-547, octubre-diciembre de 2006 (acceso 20 de mayo 2012) disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-342009000100005&script=sci_arttext
41. Ramos Domínguez BN. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La Habana. ISCM-H, 1990:1-7.
42. Friedman HS, DiMatteo MR. Adherence and practitioner patient relationship. In: Friedman HS, DiMatteo MR, editors. *Health Psychology*. NY: Prentice Hall; 1989.p.68-100.
43. Álvarez Sintés. Temas de medicina general integral. Vol. II Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2008:39-40.
44. Estrada D., Jiménez L.Pujol E., De la Sierra A. Nivel de conocimientos de los paciente hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y riesgo cardiovascular. [Internet]. España, actualizado 2003 Disponible en <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl010/tl010.PDF>
45. Peredo Rosado P. Gómez López VM. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial [Internet].Barcelona España. *Rev Med IMSS* 2005; 43 (2): 125-129(acceso 20 de mayo 2012) Disponibe en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im052e.pdf>
46. [Fadragas Fernández AL, Cruz Álvarez NM, Guerrero Guerrero LG, Fernández Machín LM, González García VM y Ruibal León5A.](#) Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio médico[Internet].Infomed 2004(acceso Noviembre 2011) disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000200007

ANEXO 1.

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: **Intervención comunitaria para elevar los conocimientos sobre factores de riesgo de la HTA.** Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema. Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los _____ días del mes _____ de 2011.

Firma del participante _____

Autor: _____

ANEXO 2.

ENCUESTA

➡ 1.-HABITO DE FUMAR

El hábito de fumar es muy frecuente en nuestra población. Marque con una x los aspectos que usted considere correctos.

___ No agrava la hipertensión arterial.

___ Acelera la aterosclerosis y el daño de los vasos sanguíneos.

___ Incrementa los niveles de colesterol.

___ No es un factor de riesgo de la hipertensión arterial.

Por cada respuesta correcta es 1 punto

Bien: si obtiene 4 puntos

Regular: si obtiene 3 puntos

Mal: si obtiene 2 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

➡ 2.- CONSUMO DE ALCOHOL

Se ha demostrado que el consumo de alcohol está asociado con la aparición o complicaciones de diversas enfermedades. Marque con una x las afirmaciones que usted considera correcta en relación con la HTA

___ No es necesario limitarlo cuando padece de hipertensión arterial.

___ Produce activación del organismo y eleva la presión.

___ El consumo de alcohol asociado a la hipertensión arterial incrementa la probabilidad de enfermedades vasculares encefálicas(infarto cerebral)

___ El consumo de alcohol debe limitarse a 20 ml diarios

Por cada respuesta correcta es 1 punto

Bien: si obtiene 4 puntos

Regular: si obtiene 3 puntos

Mal: si obtiene 2 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

➡ **3.- SEDENTARISMO**

El sedentarismo es muy habitual entre los pacientes con HTA y la acción de realizar ejercicios físicos es recomendada por el médico en relación a esto:

Marque con una X las afirmaciones que usted considere correctas

___ No se recomiendan caminatas rápidas

___ No se recomienda montar bicicleta

___ Se debe realizar ejercicio físico una vez a la semana

___ Se recomienda actividad física moderada acorde al estado de salud del individuo

Por cada respuesta correcta es 1 punto

Bien: si obtiene 4 puntos

Regular: si obtiene 3 puntos

Mal: si obtiene 2 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

➡ **4.- CONSUMO DE GRASAS**

La ingestión de colesterol en los pacientes hipertensos se recomienda a menos de 30mg por día en los adultos: En relación a ello marque con una X los alimentos que usted conoce que son fuentes ricas en colesterol y que debe limitar

_____ vísceras _____ yema de huevo _____ frijoles
_____ carne de pollo _____ frutas y vegetales
_____ piel del pollo _____ arroz
_____ piel del pescado _____ mantequilla

Por cada respuesta correcta es 0.3 punto

Bien: si obtiene 2.4 o más puntos

Regular: si obtiene entre 2.1 y 1.8 puntos

Mal: si obtiene menos de 1.8 puntos

La grasa recomendada para el consumo de los pacientes con HTA es de origen:

_____ animal _____ vegetal _____ no se recomienda ninguna

Por cada respuesta correcta es 0.3 punto

Bien: si obtiene 0.9 puntos

Regular: si obtiene 0.6 puntos

Mal: si obtiene 0.3 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

➡ **INGESTA DE SAL**

La cantidad de sal recomendada para un paciente con hipertensión arterial es de:
marque con una X la opción que considere correcta

_____ 1 cucharadita rasa de postre repartida en la cocción de todos los alimentos

_____ 2 cucharaditas de postre rebosado repartida en la cocción de todos los
alimentos

_____ 3 cucharaditas rasas de sal repartida en la cocción de todos los alimentos.

_____ no se limita la cantidad de sal a consumir

Por cada respuesta correcta es 0.5 punto

Bien: si obtiene 2 puntos

Regular: si obtiene 1.5 puntos

Mal: si obtiene 1 ó menos puntos

Existen alimentos que no se recomiendan cuando el médico indica una dieta baja de sal. Marque con una X los que considere correctos

___ Sal de mesa (saleros en la mesa)

___ Alimentos en conservas y embutidos (tocino, jamón, sardinas, aceitunas, spam, jamonadas, perro caliente, salchichas, etc.).

___ Queso y mantequilla, mayonesa, etc.

___ Quimbombó, Calabaza, Piña

Por cada respuesta correcta es 0.5 punto

Bien: si obtiene 2 puntos

Regular: si obtiene 1.5 puntos

Mal: si obtiene 1 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

ANEXO 3

Programa de intervención:

La intervención comunitaria constará de 8 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario vespertino en un aula de la escuela primaria Roberto Rivas Fraga que será asignada para la misma.

Las fechas y horas que se muestran a continuación están sujetas a cambios en dependencia de la disponibilidad del local que se nos será asignado, así como por las actividades docentes que pueda la autora presentar en un momento determinado durante la intervención.

Primer encuentro:

Día:3/10/11

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga

Título: Presentación de la intervención

Objetivos: 1- Presentación formal de los participantes involucrados.

2- Dar inicio a la intervención.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- Marcador.

4- Mini boletín impreso (será elaborado por la autora de la Intervención).

5- aula de la escuela

Técnica participativa: El Solapín.

Introducción: Durante este primer encuentro se realizó en primer lugar la presentación formal ante los participantes del estudio, luego se continuó a la presentación de cada uno de los participante para lo cual se utilizará la técnica del solapín la cual consistió en que cada uno de los participantes anotará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procedieron a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: En un segundo momento se habló sobre los objetivos del proyecto, la importancia del mismo para lograr una mejora en los servicios de salud y en la prevención de enfermedades y se incluyó además el concepto de prevención de salud y se dará ejemplos de programas de prevención de diferentes enfermedades que están presentes en la actualidad en nuestro país, se dará a conocer a los participantes todo lo relacionado a las actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicar todo lo referido al proyecto se les informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes. Por último, se informará el día, hora, lugar, y tema de la próxima actividad.

Segundo encuentro:

Día: 11/10/11

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga

Título: Concepto y epidemiología de la hipertensión arterial.

Objetivos: 1- Informar sobre el estado actual de la enfermedad.

2- Analizar el concepto de hipertensión arterial.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local de la escuela.

3-Pizarra.

Introducción: Previo al desarrollo de la actividad se realizará un recordatorio de la actividad anterior.

Desarrollo: Se impartió una conferencia, donde se trataron temas referidos al concepto de hipertensión arterial, los datos más relevantes con respecto a los factores de riesgo de esta enfermedad y por último lo referente al estado actual de la enfermedad en diferentes áreas geográficas incluyendo por último el de nuestro municipio.

Luego se realizaron varias preguntas, tales como ¿Sabían ustedes que algunos de estos factores de riesgo nos predisponen a padecer de hipertensión arterial? ¿Saben ustedes que es un factor de riesgo? ¿Conocen de algunas de las labores que nuestro sistema de salud desarrolla para reducir al máximo la incidencia de dichos factores? las mismas no serán respondidas, con el objetivo de incentivar el interés de los participantes de asistir a nuestro próximo encuentro y así promover una cultura general a su alcance, para desarrollar una mayor participación y cooperación por parte de todos los asistentes.

Tercer encuentro:

Día: 18/10/11

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga.

Título: Factores de riesgo que influyen en la incidencia y prevalencia de Hipertensión arterial.

Objetivo: - Analizar los principales factores de riesgo de Hipertensión arterial.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local de la escuela.

3-Pizarra.

Introducción: Se comenzó dando un resumen a modo de recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizará simultáneamente preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se impartió una conferencia, en la cual se trató la etiopatogenia de la Hipertensión arterial haciendo énfasis en los factores de riesgos tanto genéticos como ambientales y al final se dio una introducción de la siguiente actividad.

Cuarto encuentro:

Día: 26/10/11

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga.

Título: Hábito de fumar

Objetivos: 1- Valorar el hábito de fumar como el factor de riesgo principal en la Hipertensión arterial.

2- Determinar los diferentes patrones de consumo del tabaco.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local de la escuela.

3- Pizarra.

Introducción: Se comenzó con un breve resumen de la actividad anterior que a su vez nos introducirá dentro del tema a tratar en este tercer encuentro y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzamos explicando a los participantes en qué consiste el hábito de fumar; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras la forma de consumo habitual del tabaco, ya sea la variedad, el número, frecuencia, tipo de cigarrillo, profundidad de la inhalación y otras características, antes de comenzar se escogerá a un participante que actuará como relator y se encargará de anotar todos los datos que se expongan en una pizarra y la autora actuará como coordinadora. Posteriormente se determinarán los patrones de consumo predominantes, y se pasará a hablar acerca de las modificaciones en el riesgo que pueden ocurrir teniendo en cuenta los diferentes patrones de consumo del tabaco. Seguidamente se realizará un debate acerca de los fumadores pasivos y su derecho a respirar un aire libre del humo del cigarro.

Al finalizar la actividad se entregará una nota impresa con algunas curiosidades acerca de de consumo de cigarrillos y la protección del fumador pasivo.

Quinto encuentro:

Día: 3/11/11

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga

Título: Alcoholismo como factores de riesgo

Objetivo: Explicar los daños que ocasiona el alcohol en los pacientes con HTA. .

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local de la escuela.

Introducción: A modo de introducción se habló de la importancia de la prevención del consumo de alcohol en la Hipertensión arterial y de su comportamiento en la comunidad.

Desarrollo: Se impartió una conferencia mediante un Power Point con imágenes de diferentes estados del alcoholismo como enfermedad, y a medida que se van pasando las imágenes se hablará acerca de la importancia y eficacia de minimizar los riesgos y eliminar el hábito.

Sexto encuentro:

Día: 11/11/11

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga

Título: El consumo de grasas en la HTA

Objetivos: Lograr que los participantes reconozcan la importancia de la dieta en la HTA.

Tipo de actividad: discusión grupal

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local de la escuela.

Introducción: Se realizó un breve recordatorio de la clase anterior y preguntas de control.

Desarrollo: se realizó un debate en grupo sobre la importancia de llevar una dieta adecuada, para poder evitar futuras complicaciones en los pacientes con HTA. Se motivó a participar en el próximo encuentro.

Séptimo encuentro:

Día: 18/11/11

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga

Título: El sedentarismo en la HTA

Objetivos: Lograr que los participantes reconozcan la importancia del ejercicio físico.

Tipo de actividad: discusión grupal

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local de la escuela.

Introducción: Se realizó un breve recordatorio de la clase anterior y preguntas de control.

Desarrollo: se realizó un debate en grupo sobre la importancia del ejercicio físico y cuáles son las limitaciones e indicaciones del ejercicio en los pacientes con HTA.

Octavo encuentro:

Día: 25/11/11

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Roberto Rivas Fraga.

Título: la ingesta de sal

Objetivo: explicar a los participantes los riesgos que produce la sal en el organismo. .

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local de la escuela.

Introducción: Se realizará un breve resumen del encuentro anterior

Desarrollo: Se realizó una conferencia sobre el tema y posteriormente una demostración sobre la forma en que se debe consumir la sal en la vida cotidiana.

Al finalizar la actividad se realizó un resume de todos los aspectos debatidos durante las actividades y se le explicó a los participantes que se realizará

nuevamente el cuestionario pasado 4 meses para medir el impacto que tuvieron las actividades sobre el nivel de conocimientos de ellos. Para finalizar ese día se realizó la técnica de animación " El intercambio de conocimiento", la misma consistió en que los participantes se dividieron en dos grupos, y cada uno comenzó a realizar una pregunta al compañero del otro grupo y en sentido inverso.

Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.