

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE “ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DR. JOSÉ ASSEF YARA**

**INTERVENCION EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE NO  
ACUDEN A CONSULTA DE SEGUIMIENTO CON EL OBJETIVO  
DE DISMINUIR LA URGENCIA HIPERTENSIVA EN EL CUERPO  
DE GUARDIA DEL HOSPITAL.**

**Autor:** Dr. Oscar Ramos Sánchez.

Residente de segundo año en Medicina General  
Integral y primero de Anestesia.

**Tutor:** Dra. Marlene Borroto Guevara.

**Asesor:** Dra. Marisel Menéndez Román.

**Especialista Primer Grado en M.G.I.**

**Especialista Primer Grado en Bioestadística**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS.**

## *Resumen*

---

Los trabajos de intervención revisten una gran importancia en la Atención Primaria de Salud pues permiten modificar distintas actitudes de los pacientes no obstante en la Atención Secundaria nosotros también podemos aportar nuestro granito de arena en aras de disminuir a mediano plazo la urgencia hipertensiva en nuestro cuerpo de guardia.

Se realizó un estudio Pre-experimental prospectivo de intervención educativa (antes-después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos que no asisten a la consulta de seguimiento y disminuir a mediano plazo la emergencia hipertensiva en el cuerpo de guardia del hospital durante el periodo Noviembre 2006 a Agosto 2007.

El universo estuvo constituido por los 245 hipertensos adultos que acudieron al servicio de cuerpo de guardia con el diagnóstico de cifras elevadas de Tensión Arterial.

La muestra seleccionada quedó conformada por 108 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Al final se concluyó que los pacientes del sexo masculino son más inasistentes, siendo el grupo de 20-29 años el de mayor peso; el tiempo de evolución entre seis y diez años es el de mayor importancia; casi la mitad de los encuestados necesitan acudir más de 4 veces a consulta de cuerpo de guardia donde fue diagnosticado como urgencia hipertensiva.

El nivel de conocimientos se modificó en el grupo después de la intervención educativa por lo que se puede valorar como efectiva la misma.

**PALABRAS CLAVES: Urgencia Hipertensiva, Intervención Educativa**

## *Introducción*

---

La HTA (Hipertensión Arterial) constituye hoy día una de las primeras enfermedades en el mundo, por lo cual se realizan ininidad de estudios en busca de un mejor diagnóstico y tratamiento. Los avances en este campo han sido notables, sobre todo, al encontrar gran cantidad de factores de riesgo modificables asociados a ella, que permiten controlar la enfermedad y evitar sus graves complicaciones cuando el paciente interioriza la importancia de su prevención.<sup>1</sup>

La hipertensión arterial es definida como la presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive. Se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo, y su prevalencia está asociada a múltiples factores económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos.<sup>2</sup>

La tensión arterial (TA) constituye una variable continua, y se entiende por tal, aquella en la que no existe solución de continuidad entre uno de sus valores y el inmediato siguiente, dado que se podría expresar este valor no solo en números enteros, sino también fraccionarios. Siendo así, la determinación de un nivel hipertensivo resultaría arbitraria si se refiriera únicamente al aspecto numérico de la Tensión Arterial.

Criterios basados en el riesgo-beneficio. Tienden a establecer una escala que prediga el momento oportuno para la intervención terapéutica de acuerdo con el tipo de paciente, valor de la TA, diferencias entre las diversas formas de participación de órganos diana y otros factores de riesgo cardiovascular. Planteamientos de este tipo han sido elaborados por la American Heart Association y el National Committee of New Zeland. En ellos, la instrumentación operacional dada en nomogramas de predicción de eventos, con sustento multivariado, suelen ser complejos, poco prácticos para el médico

en su labor de consultorio y no accesibles a la comprensión de los pacientes. Criterios mixtos combinan varias de las concepciones previamente expuestas. En esta modalidad se inscribe la clasificación del 7<sup>mo</sup> Reporte del Comité Nacional Unido sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA (JNC VII Report), del cual, por su actualidad, credibilidad y volumen de la información en que se apoya el rigor metodológico de su elaboración e influencia sobre la comunidad médica americana y en el mundo occidental, pasamos a exponer su clasificación. Aquí se pueden ver las categorías de TA para adultos mayores de 18 años.<sup>3</sup>

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Estadio 1 HTA	140-159	90-99
Estadio 2 HTA	> o = 160	> o = 100

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 del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica, y la HTA está presente en casi todas ellas. En Cuba se calculan alrededor de 2 millones y medio de hipertensos. La prevalencia según estudios epidemiológicos se encuentra entre el 25,6 y el 38,2 % en las personas de 15 y más años, y se sabe que aumenta con la edad.

Como se trata de una enfermedad crónica que evoluciona en forma silente durante muchos años, no resulta fácil establecer el número de personas que se convierten en hipertensos cada año, por lo cual la incidencia de la HTA es difícil de precisar.

La mortalidad por HTA se produce por la enfermedad cerebrovascular, infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal terminal y por complicaciones de la enfermedad vascular periférica. Generalmente, las estadísticas de mortalidad se confeccionan basadas en los certificados de defunción, donde no se recoge la hipertensión como causa básica y, por tanto, no se refleja el impacto de esta afección en la mortalidad de un país.

La HTA es una enfermedad con una sintomatología inespecífica y aunque los síntomas y signos que la acompañan varían, están en relación con el tipo de hipertensión y el estadio en que se encuentra la enfermedad.<sup>4</sup>

En los últimos tres decenios se ha asistido al desenvolvimiento de dinámicos cambios en las concepciones terapéuticas sobre la HTA y hoy en día, el campo de estudio y discusión a este respecto permanece muy activo. Algunos de los preceptos que han conducido a las estrategias actuales en el tratamiento de esta entidad son los siguientes:

1. La prioridad brindada a la reducción a toda costa de la TA como objetivo principal de los tratamientos antihipertensivos se ha atenuado, y ha cedido paso a la búsqueda de regímenes que centran su intención en mejorar el pronóstico vascular de los pacientes.
2. La existencia de un arsenal variado de drogas antihipertensivas permite ajustar para un caso dado las mejores opciones de tratamiento según sus características, en particular, comorbilidad, dismetabolismos presentes, tolerancia al fármaco y costo del mismo.<sup>5</sup>

Los datos epidemiológicos y el conocimiento cada vez más detallado de la historia natural de la enfermedad hipertensiva han sentado bases para delinear grupos de riesgo, no solo en atención a los niveles de TA sostenida; sino de la manera en que a ella se asocian otros factores de riesgo y la existencia de daño en los órganos blanco en el momento de la evaluación inicial, lo que brinda indicadores efectivos para establecer qué tipo de intervención –medidas higiénicas, dietéticas o farmacoterapia– y en qué tiempo de la evolución puede ser aplicada.

Resulta oportuno antes de enfrentar la problemática planteada por la HTA para una zona, territorio, grupo particular o individuo y antes de las iniciativas terapéuticas, no perder de vista como base de la actuación los postulados siguientes:

1. Pensar que la proporción de hipertensos crónicos que se encuentran en los estadios normal alta y 1 es la mayor numéricamente y es la menos

inclinada a tratarse, y cuando se trata, por lo general se hace mal; por tanto, en este grupo es donde se produce la mayor cantidad absoluta de víctimas de complicaciones. Esto debe multiplicar nuestra insistencia en orientar y tratar adecuadamente a ese conjunto que tiene la sensación «inocente» de estar protegidos.

2. Vigilar que los pacientes que muestran «resistencia» al tratamiento con fármacos cumplan debidamente con las modificaciones del estilo de vida recomendable para su situación. Debe brindarse al mismo tiempo información y elementos motivacionales estimulantes.
3. Simplificar en lo posible el tratamiento, y hacer recomendaciones que sean realistas, poco conflictivas para el paciente y asumibles para él, en lo referente al estilo de vida. En cuanto a los medicamentos, se tratarán de indicar aquellos de dosis única y modular esta de manera tal, que se obtenga el efecto deseado con la menor dosis.
4. Plantear monoterapia siempre que se pueda.
5. Conocer los efectos secundarios del producto empleado e instruir al paciente en su identificación.
6. Atender al factor costo, y establecer correspondencia entre las posibilidades económicas del paciente y el fármaco prescrito. La incapacidad para adquirir el medicamento es causa de irregularidad y abandono.

Los aspectos más importantes que se deben tener en cuenta son:

1. Control del peso corporal disminuyendo la obesidad.
2. Reducir el consumo de sal.
3. Lograr una adecuada educación nutricional.
4. Incrementar la actividad física.
5. Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.
6. Eliminación del hábito de fumar.
7. Control del stress.

La estrategia de convertirnos en una potencia médica, amplía y perfecciona el Sistema Nacional de Salud, así como de modo particular se eleva el nivel de la cultura sanitaria del pueblo y se crean hábitos nutricionales y de vida más sanos, teniendo como base de todo ello, el fortalecimiento de la atención primaria especialmente el Médico de la Familia.

Como es conocido, las enfermedades crónicas son el principal obstáculo en la prolongación de la vida. Una de ellas, la hipertensión arterial, está considerada la enfermedad crónica más frecuente en la comunidad, constituye un padecimiento casi generalizado. En el mundo es conocido como el más importante factor de riesgo coronario, responsable de una alta incidencia en las enfermedades cerebrovasculares, disminuyendo así las expectativas de vida. Esta afección es calificada de amenaza silenciosa por comportarse a menudo asintomática, lo que significa que la mayoría de la población no tiene idea de la magnitud abrumadora que el problema entraña, y los grados variables, pero siempre importantes de incapacidad.<sup>6</sup>

La hipertensión arterial es un síndrome multifactorial muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo y constituye uno de los problemas médicos-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y en Cuba; y el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbi-letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebro-vasculares y renales.

Por lo tanto es inconcebible encontrar un país civilizado que no disponga de programas nacionales para el seguimiento y control de esta afección, que merma las estadísticas vitales en la etapa más productiva del ser humano.

Una investigación reciente del Instituto Nacional de Higiene reveló que la prevalencia de la HTA en la población urbana y rural de Cuba alcanzó el 30% y el 15%, respectivamente, lo cual indica que existe un subregistro a nivel nacional de acuerdo con la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados.

En los últimos veinte años se han obtenido progresos en la detección, tratamiento y control de la HTA y en consecuencia la mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) y enfermedad cerebrovascular han disminuido en el 50% y en el 57%, respectivamente, ya que la HTA es uno de los factores de riesgo mayores para la CI y el más importante para la enfermedad cerebro-vascular.

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. Corresponde al Médico de Familia, como vigilante de la salud, desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud frente a este factor de riesgo, y consideramos que elevando el conocimiento que el propio paciente y el familiar tenga sobre la HTA como enfermedad crónica no transmisible, los dotaremos de un arma de inestimable valor en su control poblacional.<sup>7,8</sup>

Por todo lo antes expuesto nos proponemos realizar este estudio de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos que no asisten a la consulta de seguimiento y disminuir a mediano plazo la emergencia hipertensiva en el cuerpo de guardia del hospital.

**Pregunta investigativa:** ¿Cual será el nivel de conocimiento que sobre su enfermedad tendrán los pacientes hipertensos que no acuden a consulta de seguimiento y que son atendidos como urgencia hipertensiva en el cuerpo de guardia del Hospital de Morón?

**Hipótesis.** Si se aplica un programa de intervención educativa sobre aspectos relacionados con la hipertensión arterial en los pacientes hipertensos que no acuden a consulta de seguimiento se lograra elevar su nivel de conocimiento ante la enfermedad y disminuir a mediano plazo la urgencia hipertensiva en el cuerpo de guardia del hospital

## **OBJETIVO GENERAL**

Aplicar una intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos que no asisten a la consulta de seguimiento y disminuir a mediano plazo la urgencia hipertensiva en el cuerpo de guardia del hospital durante el periodo de Noviembre 2006 a Agosto 2007.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 1- Distribuir a los pacientes estudiados según:
  - Grupos de edad y sexo
  - Grado de escolaridad
  - Tiempo de evolución de la enfermedad
  
- 2- Determinar el nivel de conocimiento de los hipertensos antes y después de la intervención.

# **CAPITULO I**

## ***Marco Teórico***

---

Durante las 3 o 4 últimas décadas las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han emergido de forma tal que constituyen en la actualidad un grave problema de salud para la humanidad, sobre todo en países desarrollados y en vías de desarrollo

La hipertensión arterial afecta a casi 1 de cada 3 adultos en el mundo (prevalencia 28-32 %) con 140/90 mm de Hg o más como cifras definitorias de hipertensión, si a esto unimos que esta enfermedad constituye un "factor de riesgo" de otras enfermedades más graves (accidentes coronarios, cerebrales, renales, etcétera.) se comprenderá la importancia de detectar, clasificar, tratar, controlar y seguir a este grupo de enfermos durante toda su vida.<sup>9</sup>

Según estudios revisados el 15 % de la población cubana rural y el 30 % de la urbana es hipertensa. Lamentablemente el control de estos pacientes aún no es adecuado, ya que no sobrepasa el 50 % en la mayoría de los estudios revisados y se conoce que para lograr disminuciones importantes en la mortalidad cardio y cerebrovascular por HTA deben controlarse más del 85 % de ellos.<sup>10</sup>

Estudios, como el de *Framingham*, Administración de Veteranos, y el MRC *Working Party* han demostrado que los accidentes cardio y cerebrovasculares fatales y no fatales, se incrementan de forma progresiva con el aumento de las cifras sistólicas y diastólicas. Esta relación ha resultado ser fuerte, continuada, independiente, predictiva y etiológicamente significativa.<sup>11, 12, 13, 14</sup>

Así se ha podido conocer que una persona mayor de 35 años que tenga cifras diastólicas de presión arterial superiores a 100 mm de Hg sin recibir tratamiento regular, puede llegar a tener una reducción de su expectativa de vida equivalente a 16 años.

La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiovascular, constituye la mayor causa de morbilidad y mortalidad, tanto en los países desarrollados como en algunos subdesarrollados <sup>15</sup>.

La palabra hipertensión sugiere tensión excesiva, nerviosismo o estrés; sin embargo, en términos médicos, la hipertensión se refiere a un cuadro de TA elevada, independientemente de la causa. Se le llama “el asesino silencioso” porque, generalmente, no causa síntomas durante muchos años hasta que no lesiona un órgano vital <sup>16</sup>.

La presión arterial elevada se define como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140 mm Hg, una presión diastólica en reposo superior o igual a 90 mm Hg, o la combinación de ambas <sup>17</sup>.

Basado en estudios regionales, la prevalencia mundial de HTA hasta el año 2000 fue 26,4 % (26,6 para los hombres y 26,1 para las mujeres) lo cual significa un estimado de 972 000 000 de adultos hipertensos, de los cuales 333 000 000 se ubicaron en países desarrollados y 639 000 000 en países subdesarrollados. La prevalencia mundial estimada para el año 2025 es de 29,2 % lo cual significa que 1 de cada 3 adultos por encima de 20 años será hipertenso (1,56 billones) <sup>18,19</sup>.

Se considera que en la séptima y octava décadas de la vida aproximadamente 70 % de las personas pueden sufrir HTA; de manera que el riesgo de desarrollar HTA después de la séptima década por el resto de la vida de los normotensos es aproximadamente 90 %.

En Canadá, sólo se conoce 60 % de los hipertensos y de ellos 16 % están controlados. En Estados Unidos, 70 % tiene conocimiento que son hipertensos, 34 % están controlados con medicamentos, 25 % de los que están bajo tratamiento permanecen incontrolados y 11 % de los hipertensos no toman ningún medicamento <sup>20</sup>.

Paralelo al desarrollo científico técnico y socio económico existe un aumento en la expectativa de vida a nivel mundial, que favorece el incremento de personas que transitan hacia el envejecimiento, lo que traduce un mayor

número de pacientes con enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial.

La HTA obedece a múltiples factores, de etiología desconocida en más de 90 % de los casos, denominada hipertensión esencial o primaria y el restante 5 % es debido a causas conocidas, llamada hipertensión secundaria <sup>21,22</sup>.

La HTA es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y poblaciones a nivel mundial, representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras, como las cardiopatías isquémicas, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía <sup>23,24</sup>

La relación epidemiológica entre las elevadas cifras de presión arterial (PA) y la incidencia de enfermedad cardiovascular se puso de manifiesto a finales de los años cincuenta. La evidencia científica se ha visto reforzada por varios estudios epidemiológicos observacionales<sup>25</sup>. Estas investigaciones están orientadas a conocer la enfermedad, su comportamiento y, con la evaluación, lograr consensos de gran rigor científico como los aportados por el Séptimo reporte del comité nacional para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial (JNC-VII) y las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial <sup>26</sup>, que constituyen referencias a nivel mundial.

La HTA constituye una epidemia mundial que padecen más de 1 500 000 000 de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Un tercio de los hipertensos son tratados y solo 12 % de los tratados están controlados. La prevalencia mundial actual, según diferentes estudios regionales, es de 30 %, pero en las personas mayores de 60 años, se eleva a 50 % <sup>10</sup>. En Cuba, la padece el 33 % de la población adulta y menos de 50 % de los hipertensos tratados están controlados <sup>27</sup>.

En el año 1998, el país implementó el Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial <sup>12</sup> y se actualizó en

el año 2006 con la publicación de la Guía cubana para prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

En Cuba, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud y del programa nacional cubano en su lucha por la HTA, no se han alcanzado los indicadores óptimos en el control de esta entidad. Su prevalencia es alta 33 % y el control a nivel poblacional es de 51,8 % <sup>26</sup>.

Sin lugar a dudas podemos concluir que la HTA es el primer problema que afecta la salud en el mundo y así lo demuestran las siguientes estadísticas:

- Prevalencia 30%.
- 30% desconocen su HTA.
- 50% HTA conocidos reciben tratamiento y el 50% de ellos, no controlados.
- Riesgo acumulado para normotensos  $\geq 55$  años  $\rightarrow$  90%  $\rightarrow$  HTA.
- Contribuye a 12,7% de la mortalidad total.
- 4,4% incapacidad a nivel mundial (OMS).
- Aumenta su Prevalencia: - Envejecimiento de la población  
- Hábitos de vida no saludables
- Existe una relación continua entre nivel de PA y eventos cardiovasculares <sup>27</sup>.

## **CAPITULO II**

### ***Diseño Metodológico***

---

Se realizó un estudio Pre-experimental prospectivo, de Intervención Educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos que sobre su enfermedad tienen los pacientes hipertensos que no asisten a la consulta de seguimiento y disminuir a mediano plazo la emergencia hipertensiva en el cuerpo de guardia del hospital durante el periodo Noviembre 2006 a Agosto 2007.

El universo estuvo constituido por los 245 hipertensos adultos que acudieron al servicio de cuerpo de guardia con el diagnóstico de urgencia hipertensiva.

La muestra seleccionada quedó conformada por 108 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de inclusión**

- Residir permanentemente en el municipio de Morón.
- Cifras tensionales que no sobrepasen los 160/110 mmHg y no halla lesión de órganos diana.
- Referir no acudir a consulta de seguimiento en su consultorio médico.
- Aptas físicas y mentalmente para comprender la encuesta y los programas educativos.
- Estar de acuerdo a participar en el estudio previo consentimiento informado ( Anexo N° I)

#### **Criterios de exclusión**

- No satisfacer los criterios de inclusión.

La estrategia metodológica del trabajo se basa en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico.

#### **FUNDAMENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.**

## MÉTODOS TEÓRICOS:

- ♦ **Histórico-lógico:** al realizar el estudio del problema de investigación en estos años, se hizo énfasis especial en la naturaleza del mismo en el país.
- ♦ **Análisis-síntesis:** en la interpretación de fuentes bibliográficas, para determinar las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico.
- ♦ **Sistémico:** al valorar el carácter de sistema de los componentes del problema.
- ♦ **Hipotético-deductivo:** permitió el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas. Ayudó a corroborar las hipótesis e inferir conclusiones.

## MÉTODOS EMPÍRICOS:

- ♦ **Observación:** es el método empírico más universal. A través de él se pudo determinar que con la aplicación de una intervención educativa se puede elevar el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos y disminuir a mediano plazo la urgencia hipertensiva.
- ♦ **Análisis documental:** permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento de la enfermedad a nivel mundial y nacional y la importancia del seguimiento de la enfermedad en su mejor control.

## TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- La encuesta (Anexo N° II): Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a los pacientes que acudían al cuerpo de guardia y que referían no acudir a consulta de seguimiento.
- Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta con 17 ítems antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas dicotómicas y politómicas.

### 1. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

#### Variable dependiente.

**Conocimiento.** La adquisición a través de la superación de los pacientes hipertensos en temas relacionados con la HTA.

#### Variable independiente.

**Intervención educativa:** Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en los hipertensos.

**Métodos educativos:** Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	VARIABLE OPERACIONALIZADA
EDAD	Cuantitativa Continua	20 – 29 años. 30 – 39 años. 40 – 49 años. 50 – 59 años 60 – 69 años. 70 y más años.
SEXO	Cualitativa Nominal	M o F

GRADO DE ESCOLARIDAD	DE	Cualitativa Ordinal	Primaria sin terminar. Primaria Terminada. Secundaria Terminada. Preuniversitario Terminado. Universidad Terminada.
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	DE LA	Cualitativa Ordinal Politómica	Menos de un año. De uno a Tres años. De cuatro a cinco años. De seis a Siete años. De ocho a diez años. Más de diez años.
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	DE	Cualitativa Ordinal Politómica	Aceptable Mínimo aceptable Inaceptable

El trabajo se desarrolló en tres fases:

1.- Nivel de conocimiento al inicio de la investigación: En esta fase se identificó el nivel de conocimiento de los pacientes sobre algunos aspectos relacionados con la enfermedad al evaluar con el instrumento inicial mediante una escala de calificación.

Aceptable: De 90 a 100 puntos.

Mínimo aceptable: De 79 a 89 puntos.

Inaceptable: Menos de 78 puntos.

La encuesta constaba de 17 preguntas de las que solo 10 abordaban temas de conocimiento a la que se les califico con un valor de 10 puntos cada una.

Pregunta 5: Obtendrá el valor máximo si responde el acápite 5.3, si responde alguno de los restantes obtendrá solo 5 puntos.

Pregunta 6: Obtendrá el valor máximo si responde al menos 2 acápites de los correctos en este caso 6.1; 6.3; 6.5; 6.7; 6.8; pero se le restara 1 punto por cada una de los incorrectos.

Pregunta 7: Obtendrá el valor máximo si responde el acápite correcto 7.2 y 5 puntos si el 7.1.

Pregunta 8: Obtendrá el valor máximo si responde acápite correcto 8.1, si 8.2 0punto.

Pregunta 10: Obtendrá el valor máximo si responde acápite correcto 10.4, si otro 0 punto.

Pregunta 11: Obtendrá el valor máximo si responde acápite correcto 11.2 si otra 5 puntos.

Pregunta 12: Obtendrá el valor máximo si responde al menos 2 de los acápites correctos 12.1; 12.4; 12.5; 12.6 y se restara 1 punto por cada uno de los incorrectos.

Pregunta 13: Obtendrá el valor máximo si responde acápite correcto 13.1, si responde otro 0 punto.

Pregunta 14: Obtendrá el valor máximo si responde acápites correctos en este caso se consideraran todos y se restara 1 punto por los que mencione.

Pregunta 16: Se tendrá en cuenta para su calificación que se mencionen los tres pilares fundamentales del seguimiento del HTA: La dieta, Ejercicio físico controlado y el Tratamiento. Se obtendrá 10 puntos si los menciona todos , se retara 2 puntos por no mencionar 1 de ellos.

2.- De intervención educativa: En esta etapa se realizaron diferentes actividades como:

## **MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS.**

1. Las acciones educativas se desarrollaron de la siguiente forma:

- Una etapa de PRESENTACIÓN donde se utilizó la técnica de presentación en parejas<sup>28</sup>.
- Una etapa de DESARROLLO donde se presentaron los objetivos por parte del facilitador, después se presentó cada tema a abordar, se discutió y se analizó por el grupo con poca participación del coordinador, se indujo la búsqueda de alternativas y se fomentó el acuerdo y compromiso con el mismo.
- Etapa de EVALUACIÓN.
- Etapa FINAL o de despedida.

## **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

**1. La hipertensión como enfermedad y factor de riesgo para las enfermedades Cardiovasculares y las Cerebro vasculares. Cuadro clínico:**

Sobre todo se hizo énfasis en su carácter asintomático, tratando además de minimizar el criterio de que se manifiestan los mismos síntomas en la Tensión Arterial baja y alta. Se desarrolló en UNA SESIÓN DE TRABAJO.

**2. La importancia de la dieta para el hipertenso:** Se basaron las actividades sobre todo en los riesgos de la dieta con grasa animal, los alimentos que las contienen así como las medidas a tomar para evitarlos, el número de días a consumir carnes rojas en una semana, se habló de las ventajas de la carne de pollo y del pescado, no así los mariscos. Los inconvenientes del poco consumo de vegetales, explicando como prepáralos, de consumir pocas frutas sobre todo la cítricas, de comer con alto contenido de sal, la cantidad de sal a comer, se explicó los alimentos que la contienen, del poco calcio, además se instruyó en que la cantidad de alimentos a consumir se hacen teniendo en cuenta el gasto energético, se explicó qué y cuáles son los alimentos considerados como chatarra. Se desarrollaron DOS SESIONES DE TRABAJO.

3. **La importancia de mantener el peso adecuado, de desarrollar la actividad física:** En este aspecto se enfatizó en montar bicicleta, caminar, trotar, se explicó las ventajas del ejercicio físico controlado. Se desarrolló UNA SESIÓN DE TRABAJO.

4. **Los factores de riesgo:** El Hábito de Fumar, el alcoholismo. Sus complicaciones, así como las cantidades de bebidas que se pueden ingerir. Se desarrolló UNA SESIÓN DE TRABAJO.

5. **Las leyes generales del tratamiento farmacológico:** La ingestión sistemática de medicamentos, el no automedicarse, drogas que aumentan la presión, los riesgos del Meprobomato, el ajuste de dosis. Se desarrollaron DOS SESIONES DE TRABAJO.

6. **Las urgencia hipertensiva:** Sus causas como: la tensión emocional, la supresión de los medicamentos, la ingestión exagerada de comida, así como las emergencias como el infarto y el edema agudo del pulmón, sobre todo se le enseñó a reconocerlas. Se desarrolló UNA SESIÓN DE TRABAJO.

7. Se desarrollo una sesión final donde se invitó a decir sus criterios sobre la importancia de la consulta sistemática.

3.- Nivel de conocimiento después de la intervención

Después de culminada la última sesión se aplicó nuevamente la encuesta inicial a la misma muestra de pacientes. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de nivel de conocimiento al inicio de la investigación con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

**PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:**

Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad de información, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencia, empleándose el porcentaje como medida de resumen. Se realizaron graficos a algunas variables de importancia. (Anexo N° III)

- Para la identificación de diferencias significativas entre el nivel de conocimientos antes y después de la intervención y valorar la efectividad de la misma se aplicó la prueba de comparación de medias<sup>29</sup> con un nivel de significación de 0.05 :

Planteando las siguientes hipótesis estadísticas:

Ho:  $\mu_A = \mu_D$  Las medias son iguales en ambos momentos

H1:  $\mu_A \neq \mu_D$  Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión seria rechazar Ho si la  $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$  ( $Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$ ), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la Ho si la probabilidad asociada al estadígrafo ( $p < \alpha$ ). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

El procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0.

Se confecciono el informe final cumpliendo con los requisitos éticos de la investigación y los requisitos docentes propuestos por la Facultad de Ciencias médicas de Ciego de Ávila

## CAPITULO III

### *Analisis y Discusión de los Resultados*

---

**Titulo:** Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos que no acuden a consulta de seguimiento con el objetivo de disminuir la urgencia hipertensiva en el cuerpo de guardia del hospital.

**Tabla N°1.**Distribución de los pacientes de acuerdo a grupo de edad y sexo.

GRUPOS DE EDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 – 29	17	24.63	8	20.21	25	23.14
30 – 39	12	17.39	8	20.21	20	18.54
40 – 49	14	20.29	8	20.21	22	20.37
50 – 59	11	15.95	6	15.39	17	15.74
60 – 69	8	11.59	5	12.82	13	12.03
70 y más	7	10.15	4	10.26	11	10.18
Total	69	63.88	39	36.12	108	100.00

Fuente: Encuesta

En la tabla anterior referida al comportamiento de los Hipertensos que no asistentes a consulta según grupos de edades y sexo (Tabla N° 1; Gráfico N° 1), en la misma se observa un predominio del sexo masculino con el 63.88% del total, coincidiendo con lo reflejado en la literatura donde se plantea que los hombres tienen una menor percepción de su salud que las mujeres, por lo que acuden menos al médico. En los dos sexos se da el fenómeno de que a medida que avanza la edad hay menos tendencia a dejar de asistir a consulta y en ambos sexos el grupo de edad que menos asiste a consulta es el de 20 – 29 años.<sup>1, 30</sup>

**Tabla N° 2. Distribución de pacientes según nivel de escolaridad.**

<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD.</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Primario	22	20.38
Secundario	25	21.29
Preuniversitario.	38	35.19
Universitario.	23	23.14
Total.	108	100.00

En cuanto a los Hipertensos no asistentes a consulta según nivel de escolaridad se puede apreciar un predominio del nivel Preuniversitario, seguido del Universitario con el 35.19 y 23.14% (Tabla N° 2) respectivamente, siendo el porcentaje más bajo el nivel primario. Estos datos no se corresponden con el los resultados encontrados en otros estudios donde el nivel primario fue el de mayor frecuencia poniéndose de manifiesto el alto nivel de escolarización de la población cubana.<sup>1,30</sup>

**Tabla N° 3. Distribución de pacientes según el tiempo de evolución de la hipertensión arterial**

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	N°	%
Menos de un año.	14	12.97
De uno a cinco años.	22	20.37
De seis a diez años.	35	32.41
De once a quince años.	12	11.11
Más de quince años.	25	23.14
Total.	108	100.00

Hacemos referencia en la Tabla N° 3 (Gráfico N° 2) a los Hipertensos no asistentes a consulta según tiempo de evolución de su enfermedad. El mayor porcentaje de pacientes tenían de seis a diez años de evolución y aunque no se observa una secuencia en la frecuencia a partir de este intervalo en adelante (32.41, 11.11 y 23.14%). Se plantea que a medida que transcurre el tiempo de evolución de la enfermedad estos pacientes se hacen más difíciles de manejar en el seguimiento en consulta. Este fenómeno debía ser inverso pues es en este periodo cuando el paciente debía tener una mayor percepción del riesgo de su enfermedad.<sup>1, 15, 17, 18,31</sup>

**Tabla N° 4. Distribución de pacientes según la necesidad de acudir al cuerpo de guardia en los últimos 12 meses con diagnóstico de urgencia hipertensiva.**

<b>NECESIDAD DE ACUDIR AL CUERPO DE GUARDIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Una sola vez.	14	12.97
De 2 a 4 veces.	42	38.88
Más de 4 veces.	52	48.15
Total.	108	100.00

La Tabla N° 4 nos ofrece una información de gran valor a la hora de emitir un criterio sobre estos pacientes inasistentes a consulta de seguimiento y la importancia que reviste la misma en su control y comportamiento estable.

Si nos detenemos a analizar la misma observamos que casi la mitad de estos pacientes ( 48.15%) han necesitado acudir al cuerpo de guardia del hospital más de cuatro veces en los últimos 12 meses ( Gráfico N° 3), lo que nos hace pensar que ha ocurrido un fallo en alguno de los pilares del tratamiento en su enfermedad que pudieron ser resueltos o al menos regulados en las consultas de seguimiento, evitando así la afluencia al cuerpo de guardia de estos pacientes con el diagnóstico de una urgencia hipertensiva que aunque no supone daño de órganos dianas si sería la antesala de la emergencia hipertensiva con el consecuente deterioro de la calidad de vida del paciente.<sup>32</sup>

**Tabla N° 5. Distribución de pacientes según las respuestas a las interrogantes sobre la enfermedad antes y después de la intervención educativa.**

INTERROGANTES	CATEGORÍA	ANTES		DESPUÉS	
		No	%	No	%
¿La Hipertensión Arterial es?:	Una enfermedad	98	90.70	6	5.6
	Un factor de Riesgo.	6	5.6	0	0
	Una enfermedad y a la vez un factor de riesgo	4	3.70	102	94.40
¿Cuáles son las principales enfermedades con que se complica la Hipertensión Arterial?:	Infarto del Miocardio.	98	90.74	102	94.40
	Sepsis Urinaria	15	13.88	1	0.92
	Angina de Pecho.	100	92.59	106	98.14
	Asma Bronquial	36	33.33	6	5.6
	Trombosis Cerebral	65	60.18	98	90.74
	Insuficiencia Renal.	4	3.70	65	60.18
	Edema Agudo del Pulmón.	3	2.77	99	91.66
Los síntomas de la presión alta y baja son los mismos	Sí.	96	88.88	106	98.14
	No	12	11.12	2	1.86
Los pacientes hipertensos refieren :	Tener síntomas	99	91.66	100	92.59
	A veces no tener síntomas	9	8.34	8	7.40

En la Tabla N° 5 que resume las preguntas de conocimientos sobre la enfermedad antes y después de la intervención educativa, observamos que el 90.70 % de los pacientes encuestados respondió que era una enfermedad y solo un 6.5 y 3.70 % manifestaron que era un factor de riesgo y una enfermedad y a la vez un factor de riesgo de otras enfermedades respectivamente, luego en un segundo momento (después), el 94.40 % manifestó que era una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades lo que hace muy útil esta apreciación si tenemos en cuenta que ya no solamente la verán como una enfermedad sino como factor de riesgo prevenible ante otras enfermedades y mas probabilidades tendremos de tener éxito ante las complicaciones.<sup>1,3, 15, 33</sup>

En lo referente a cuáles son las principales enfermedades con que se complica la Hipertensión Arterial, antes de la intervención la enfermedad a la que mas peso le asignaron fue a la Angina de pecho seguida del Infarto Agudo del Miocardio con el 92.59 y el 90.74 % respectivamente, llama la atención que la Insuficiencia Renal Aguda solo la reconoce el 3.70 % de los encuestados. Después de la intervención los valores aumentaron considerablemente, volviendo a ser las de mayor frecuencia la Angina de pecho (98.40%) y el Infarto Agudo del Miocardio con el 94.40%, seguido de el Edema Agudo del Pulmón, la Trombosis Cerebral y la Insuficiencia Renal.<sup>3, 4,5</sup>

Al preguntar sobre si los síntomas de la presión alta y baja son los mismos, la mayoría dijo antes de la intervención que si (88,88 %) y después se elevó a un 98.14 %. Esto nos llama la atención pues se hizo énfasis al respecto en una de las sesiones y muchos manifestaron que en alguna ocasión un familiar acudió al cuerpo de guardia por automedicarse para elevar las cifras de tensión baja y al final resultó que realmente estaban hipertensos lo que empeoro su cuadro clínico.<sup>3,4, 34</sup>

Por la forma en que se manifiesta la entidad, antes de la intervención la respuesta sobre si referían a veces no tener síntomas arrojó un bajo porcentaje de 8,34% contra un 91.66 % de respuestas que referían tener síntomas y esto nos llama la atención si tenemos en cuenta que esta enfermedad puede transcurrir de forma silente por muchos años y que existe un grupo de pacientes que refieren no tener síntomas aun con cifras elevadas de tensión factor este que hace difícil establecer con claridad la incidencia de la patología según estudios realizados.<sup>31, 32, 35</sup>

**Tabla N° 6. Distribución de pacientes según las respuestas a las interrogantes sobre el estilo de vida antes y después de la intervención educativa.**

INTERROGANTES	CRITERIO	ANTES		DESPUÉS	
		No	%	No	%
Su dieta debe ser:	Rica en carbohidratos	2	1.85	1	0.92
	Rica en proteínas	62	57.40	7	6.48
	Rica en grasas	5	4.64	1	0.92
	Balanceada	39	36.11	99	91.66
Cantidad de comida que come:	Un plato bien lleno.	19	17.59	17	15.74
	Un plato normal.	80	74.07	91	84.26
	Dos platos.	2	1.85	0	0
	Más de dos platos	7	6.48	0	0
¿Qué debemos hacer para mantener una actividad física adecuada?	Montar bicicleta.	14	12.96	63	58.33
	Realizar ejercicios orientados con fisioterapeuta.	25	23.14	20	19.04
	Caminatas a manera de paseos.	21	19.44	15	13.38
	Deportes sin un alto nivel de esfuerzo.	48	44.46	10	9.25
¿Cuales de estas conductas pueden elevar la TA?	Comidas copiosas	10	9.25	18	16.16
	Dejar de tomar el medicamento	26	24.07	58	53.70
	Ver Televisión	0	0	0	0
	Hacer ejercicios físicos ligeros	9	8.36	2	1.85
	Un susto	45	41.66	10	9.25
	Ingerir bebidas alcohólicas en exceso	18	16.66	20	19.04
El tratamiento de la HTA debe tomarse:	Tomar diariamente	90	83.28	108	100
	Tomar a la misma hora	9	8.36	0	0
	Solo cuando se siente mal	9	8.36	0	0
¿Para qué sirve la consulta de seguimiento al hipertenso?	Para medirlo y pesarlo.	90	83.33	98	90.74
	Para hacerle un examen físico.	99	91.66	108	100.00
	Para hacerle reajustes en el tratamiento.	100	92.59	108	100.00
	Para tomarle la presión arterial.	108	100.00	108	100.00
	Para enseñarle	12	11.11	108	100.00
	Para indicarle análisis.	87	80.55	90	83.33
Para evitar complicaciones.	27	25.00	45	41.66	

En la Tabla No 6 en lo que se refiere a el estilo de vida del paciente en el acápite de la dieta que debe seguir el hipertenso solo un 36.18 % de los encuestados concordó que debe ser una dieta balanceada, y el 57.40% defendió la dieta rica en proteínas y el resto abogo por los carbohidratos y las grasas en la dieta, después de la intervención estos criterios se revirtieron a favor de la dieta balanceada con un 91.66% a su favor y solo un 6.48% para la dieta rica en proteínas. Cuando se les cuestiono acerca de la cantidad de las comidas un 74.07 % dijo que comía un plato normal antes y después esta frecuencia se elevo a 84.26 % En algunos de los estudios que se han realizado en el país se observa una tendencia marcada del consumo de dietas ricas en grasas sobre todo animal factor este que conlleva a la dislipidemia y por consiguiente a la obesidad que en conjunto con la HTA son factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares <sup>25, 33</sup>

Por otra parte en lo que se respecta a la actividad física los encuestados respondieron que realizar deportes sin un alto nivel de esfuerzo y los ejercicios orientados por el fisioterapeuta eran las de mayor importancia con el 44.46 y el 23.14 %, después de las sesiones de intervención educativa el 58.33 % sugirió que montar bicicleta, los ejercicios orientados por el fisioterapeuta y las caminatas a amañera de paseos en ese orden eran las formas correctas de mantener una actividad física adecuada.

La constancia en el cumplimiento de tratamiento fue otro de los aspectos abordados y en ambos momentos los encuestados estuvieron de acuerdo que tomar diariamente los medicamentos era importante en el control de su enfermedad con un 83.28% antes de a intervención y un 100.00% después de la misma.

El fallo al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. Es bien sabido que la adherencia al tratamiento es un proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y en sus características psicológicas y sociales. Por lo que los estudiosos de esta materia han

comprendido que la misma es una piedra angular en el control de la enfermedad; sin embargo, es conocido que cerca del 50 % de los pacientes son incapaces de cumplir un régimen higiénico-sanitario, y de llevar correctamente el tratamiento con fármacos por más de 1 año.<sup>2, 4</sup>

Si bien la consulta de seguimiento a los pacientes dispensarizados como portadores de enfermedades crónicas es de vital importancia teniendo en cuenta los objetivos que debe cumplir los pacientes encuestados antes de la intervención solo encontraron tres elementos de importancia en este acápite y tomar la tensión arterial con el 100.00 %, realizar ajuste al tratamiento con el 92.54 y realizar examen físico con el 91.69 % ocuparon los tres primeros lugares en su criterio, después de la intervención a este grupo se agrega que la consulta es un medio de enseñanza en lo que se refiere a su enfermedad. Se les preguntó su opinión de forma cualitativa de la importancia que para ellos tenía esta consulta y el comportamiento fue similar agregando que uno de los factores que contribuye a que la mayoría de las veces no acudieran a consulta consistía en que el médico solo les tomaba la tensión, los pesaba y no le hacían indicaciones precisas sobre como marchaba su patología por lo que por eso acudía al cuerpo de guardia de forma fortuita o cuando se sentían mal. Es importante señalar un aspecto que es de capital importancia al respecto: La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida y aunque al Médico de Familia, como vigilante de la salud, le corresponde desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud frente a este factor de riesgo, y consideramos que elevando el conocimiento que el propio paciente y el familiar tenga sobre la HTA como enfermedad crónica no transmisible, lo dotaremos de un arma de inestimable valor en su control poblacional. Y nosotros en la atención Secundaria también podemos aportar nuestro granito de arena en aras de disminuir a mediano plazo la urgencia hipertensiva en nuestro cuerpo de guardia.<sup>7, 8</sup>



segundo momento (después de la intervención) la media es de 91.25 lo que los clasifica en la categoría de aceptable. Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba ( $p$ )  $p= 0.001$  como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado  $\alpha = 0.05$ , ( $p < \alpha$ ) se rechaza la hipótesis nula, que se complementa si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media se encuentra dentro del intervalo por lo que podemos afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos y por consiguiente la intervención educativa aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto en nuestra investigación.

## *Conclusiones*

---

1. La mayoría de los Hipertensos no asistentes a consulta son del sexo masculino, y con la edad la tendencia a no asistir disminuye. El nivel escolar de los pacientes es alto.
2. La mayoría de los Hipertensos no asistentes a consulta tienen entre seis y diez años de evolución de la enfermedad.
3. El nivel de conocimientos de los Hipertensos sobre las características clínicas de la enfermedad y el estilo aumentaron después de la intervención educativa.
4. La media del nivel de conocimiento en el grupo de pacientes antes de la intervención se calificó como mínimo aceptable con 79.57 puntos, después de la intervención ese valor medio ascendió a 91.25 para ser calificado como aceptable.
5. Podemos afirmar entonces que la intervención educativa ejecutada fue efectiva ya que modificó el nivel de conocimientos de los pacientes estudiados.

## *Referencias bibliográficas*

---

1. Fdragas FA L, Cruz ÁNM, Guerrero GLG, Fernández MLM, Verónica González GM, Ruibal LAJ. Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio médico. Rev. Cubana Med Gen Integ 2004; 20(2). [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_2\\_04/mgi07204.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi07204.htm)
2. Morales RJM, Achiong EF, Díaz HO, Fuentes G S. Pesquisa activa de hipertensión arterial. Un éxito de la atención primaria de salud. Rev. Cubana Medicina General Integral 2005; 19(6). [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_2\\_04/mgi07204.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi07204.htm)
3. Castañer HJF, Céspedes LLA. Hipertensión Arterial. En: Temas de Medicina General Integral. Segunda Edición. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2001.pp. 518 – 536.
4. Roca Goderich, R. hipertensión Arterial: En Temas de Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2003. [http://bus.sld.cu/libros\\_texto/medicina\\_interna/capítulo%2028.htm](http://bus.sld.cu/libros_texto/medicina_interna/capítulo%2028.htm)
5. Casteñanos AJ A, Nerín LR Rafael, Cubero M O. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev. Cubana Med Gen Integral 2000; 16(2). [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_2\\_04/mgi07204.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi07204.htm)
6. Bustillo G, Vargas L. Técnicas participativas para la participación popular. Cuarta Edición. Guadalajara México: Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario; 1994.pp. 1.1.
7. Martín EJC, Simal BF, Carretero AL, Bellido CJ, Arzúa M D, Mena M FJ et al. Prevalencia grado de detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en población general. Estudio Hortega. Hipertensión 2003; 20(4):148-154.
8. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365:217-23.

9. Pickering T, Eguchi K, Kario K. Masked Hypertension: Review. *Hypertension Research* 2007; 30(6):479-488.
10. Peter WF, Hanssens M, Brott T, MacDonald GJ, McMahon SW, Coronary risk factor. Incidence of CHD in Framingham Offspring 36th Annual Conference on Cardiovascular Disease. *Circulation* 1996; 93:11-3.
11. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (MRFIT) Mortality rates after 10.5 years for participants in the intervention trial. *JAMA* 1990; 263: 1795- 801.
12. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents: effect of treatment on morbidity in hypertension III. *Circulation* 1972; 45:991-1004.
13. Medical Research Council (MRC) Working Party. Trends of treatment of hypertension in older adults: principal results. *Br Med J* 1994; 304:405-12.
14. Williams B, Poulter N R, Brown M J, Davis M, Mc. Innes G T, Potter J F et al. Guidelines for management of hypertension. *J Hypertension* 2004; 18:139-185.
15. Organización Panamericana de la Salud. La Hipertensión Arterial como problema de salud Comunitario. Washington. OPS 2000.
16. Borroto GM, De la Paz G M E, Veloz GI, Pérez ZLR. ¿Influyen algunos factores psicosociales en la aparición de la Hipertensión Arterial? *Rev. Cub Anest Ream* 2005; 4(2): 23-35. ISSN 1726-6718.
17. O' Salivan C, Duggan J, Lyons S, Thornton j, Lee M, O' Brien E. Hypertensive target-organ damage in the very elderly. Blood Pressure Unit, Beau Montt Hospital, Dublín, Ireland. *Hipertensión* 2003; 42(2):130-135.

18. Vázquez VA, Caballero JC. La Hipertensión Arterial. Su evolución en los últimos años. Rev. Cúb. Med Gen Integ 1999; 15(6): 90-96.

19. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de prevención y Control de Enfermedades Cerebro vasculares.2001.

20. Cabrera RI, Sellén CJ, Arjona RI, Leal BE, Gallardo MOG, et al. Prevalencia de Hipertensión Arterial en los trabajadores del Hospital Universitario General Calixto García. Primera parte. 2006. <http://www.sld.cu>.

21. Universidad para Todos. Tabloide de Vegetales y Salud. Ciudad de La Habana. 2003.

22. Cabrera RI, Sellén CJ, Arjona RI, Leal BE, Gallardo MOG, et al. Prevalencia de Hipertensión Arterial en los trabajadores del Hospital Universitario. General Calixto García. Segunda parte. 2006. <http://www.sld.cu>.

23. Ministerio de Salud Pública. Propósitos de la Salud Pública para el 2015. MINSAP, La Habana, 2006. <http://www.sld.cu>.

24. Norman R, Campbell C, Karen Tu, Rollin Brant, Minh Duong-Hua, Finlay A. McAlister for the Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. The Impact of the Canadian Hypertension Education Program on Antihypertensive Prescribing Trends. Hypertension 2006; 47:22-28

25. Comisión nacional técnica asesora del programa de hipertensión arterial del ministerio de salud pública de Cuba. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. 2006.

26. Ong KL, Cheung B, Man YB, Lau CP, Lam K. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999-2004. *Hypertension* 2007; 49(1):69-75.
27. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control, Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria, 2008. ISBN 978-959-16-0923-6. Pág. 72 Hospital General Calixto García. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis (Doctor en Ciencias Médicas).
- 28- Quintero Fariñas. M, Garcia Guirola JM. Tecnicas participativas.MINSAP. 2004.
29. Bayarre Vea. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. ENSAP, La Habana. 2003.
30. Spence David. Individualized Therapy for Hypertension. *Hypertension* 2006; 47: e11.
31. Sellén CJ. Hipertensión arterial. Diagnóstico, tratamiento y control. Editorial .Félix Varela. Ciudad de La Habana. 2002: 10-329.
32. Sellén CJ. Manual de Hipertensión Arterial - I. Ciencias Médicas, La Habana 1997; 1-56.
33. Mochizuki S, Dahlof B, Shimizu M, Ikewaki K, Yoshikawa M, Taniguchi I, Ohta M, Yamada T, Ogawa K, Kanae K, Kawai M, Seki S, Okazaki F, Taniguchi M, Yoshida S, Tajima N for theJikei Heart Study group. Valsartan in a Japanese population with hypertension and other cardiovascular disease (Jikei Heart Study): a randomized, open-label, blinded endpoint morbidity -mortality study. *Lancet* 2007; 369: 1431.1439.
34. Rosendorff C, Black H R, Cannon C P, Gersh B, Gore J, Izzo J, Kaplan N M, O'Connor C, O'Gara P, Oparil S.Treatment of Hypertension in the Prevention and Management of Ischemic Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Hypertension* 2007; 50(2):e28-e55.

35. Rosel EA, Salvetti M. Treatment of hypertensive urgencies and emergencies. ESH. Scientific Newsletter. 2006; 7: no.8.

## **ANEXO I**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

COMPAÑERO(A) PACIENTE:

Estamos haciendo una investigación sobre la Hipertensión Arterial, con el objetivo de elevar nuestros conocimientos sobre el tema y para mejorar la atención que le brindamos a usted y sus vecinos, siendo seleccionado para participar en la misma.

Necesitamos saber si usted está de acuerdo en participar, lo que debe expresar en este documento.

GRACIAS.

ESTA DE ACUERDO:

\_\_\_ SI.

\_\_\_ NO

Firma: \_\_\_\_\_

## **ANEXO II**

### **ENCUESTA**

#### **INTERVENCION EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE NO ACUDEN A CONSULTA DE SEGUIMIENTO CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR LA URGENCIA HIPERTENSIVA EN EL CUERPO DE GUARDIA DEL HOSPITAL.**

Le agradecemos su participación en la investigación, esperamos que sea sincero(a) al responder a las preguntas.

INSTRUCCIONES. Solo debe marcar con una x la o las respuestas que considere correctas.

1.- Edad:

1.1 \_\_\_ 20 – 29 años.

1.2 \_\_\_ 30 – 39 años.

1.3 \_\_\_ 40 – 49 años.

1.4 \_\_\_ 50 – 59 años.

1.5 \_\_\_ 60 – 69 años.

1.6 \_\_\_ 70 y más años.

2.- Sexo.

2.1 \_\_\_ Masculino.

2.2 \_\_\_ Femenino.

3.- Nivel de Escolaridad.

3.1 \_\_\_ Primario.

3.2 \_\_\_ Secundario.

3.3 \_\_\_ Preuniversitario.

3.4 \_\_\_ Universitario.

4.- Tiempo que hace que es Hipertenso:

4.1 \_\_\_ Menos de un año.

4.2 \_\_\_ De uno a cinco años.

4.3 \_\_\_\_ De seis a diez años.

4.4 \_\_\_\_ De once a quince años.

4.5 \_\_\_\_ Más de quince años.

5.- La Hipertensión Arterial es:

5.1 \_\_\_\_ Una enfermedad.

5.2 \_\_\_\_ Un factor de Riesgo.

5.3 \_\_\_\_ Una enfermedad y a la vez un factor de riesgo.

6.- ¿Cuáles son las principales enfermedades con que se complica la Hipertensión Arterial?:

6.1 \_\_\_\_ Infarto agudo del miocardio.

6.2 \_\_\_\_ Sepsis urinaria

6.3 \_\_\_\_ Trombosis Cerebral.

6.4 \_\_\_\_ Asma bronquial

6.5 \_\_\_\_ Angina de Pecho.

6.6 \_\_\_\_ Calculo del riñón

6.7 \_\_\_\_ Insuficiencia Renal.

6.8 \_\_\_\_ Edema Agudo del Pulmón.

7.- Los pacientes con Hipertensión Arterial refieren:

7.1 \_\_\_\_ Tener siempre síntomas.

7.2 \_\_\_\_ . A veces pueden no tener ningún síntoma.

8.- Los síntomas de la presión alta y baja son los mismos (dolor de cabeza, mareos, decaimiento, sudoraciones y frialdad)

8.1 \_\_\_\_ Sí.

8.2 \_\_\_\_ No.

9.- ¿Qué cantidad de comida acostumbra a comer?

9.1 \_\_\_\_ Un plato bien lleno.

9.2 \_\_\_\_ Un plato normal.

9.3 \_\_\_\_ Dos platos.

9.4 \_\_\_\_ Más de dos platos.

10.- La dieta se considera uno de los pilares fundamentales en el control de la Hipertensión arterial por ello su dieta debe ser:

- 10.1 \_\_\_ Rica en carbohidratos (pan, dulces de harina)
- 10.2 \_\_\_ Rica en proteínas (carne de pollo, jamón, embutidos)
- 10.3 \_\_\_ Rica en grasas (carne de cerdo, hígado, lacón)
- 10.4 \_\_\_ Distribuir de forma balanceada cada uno de los anteriores en las comidas.

11.- ¿Qué debemos hacer para mantener una actividad física adecuada?

- 11.1 \_\_\_ Montar bicicleta.
- 11.2 \_\_\_ Realizar ejercicios orientados por fisioterapeuta.
- 11.3 \_\_\_ Caminatas a manera de paseos.
- 11.4 \_\_\_ Deportes sin un alto nivel de esfuerzo.

12.- ¿De estas conductas cuáles pueden aumentar las cifras de presión arterial?

- 12.1 \_\_\_ Comidas copiosas.
- 12.2 \_\_\_ Ver televisión.
- 12.3 \_\_\_ Hacer ejercicios físico diarios regulados.
- 12.4 \_\_\_ Un susto.
- 12.5 \_\_\_ Dejar de tomar el tratamiento.
- 12.6 \_\_\_ Ingerir bebidas alcohólicas en exceso

13.- El tratamiento de la Hipertensión Arterial se debe:

- 13.1 \_\_\_ Tomar diariamente.
- 13.2 \_\_\_ Tomar a la misma hora.
- 13.3 \_\_\_ Solo cuando se siente mal.

14.- ¿Para qué sirve la consulta del hipertenso?

- 14.1 \_\_\_ Para medirlo y pesarlo.
- 14.2 \_\_\_ Para hacerle un examen físico.
- 14.3 \_\_\_ Para hacerle reajustes en el tratamiento.
- 14.4 \_\_\_ Para tomarle la presión arterial.
- 14.5 \_\_\_ Para enseñarlo.
- 14.6 \_\_\_ Para indicarle análisis.

14.7 \_\_\_\_ Para evitar complicaciones.

15.- En los últimos 12 meses cuantas veces ha necesitado acudir usted al cuerpo de guardia del hospital por cifras de tensión elevadas en:

15.1 \_\_\_\_ Una sola vez

15.2 \_\_\_\_ De 2 a 3 veces

15.3 \_\_\_\_ Mas de 3 veces

16.- ¿Por que cree usted que es importante la consulta de seguimiento de su enfermedad? Explique

### ANEXO III

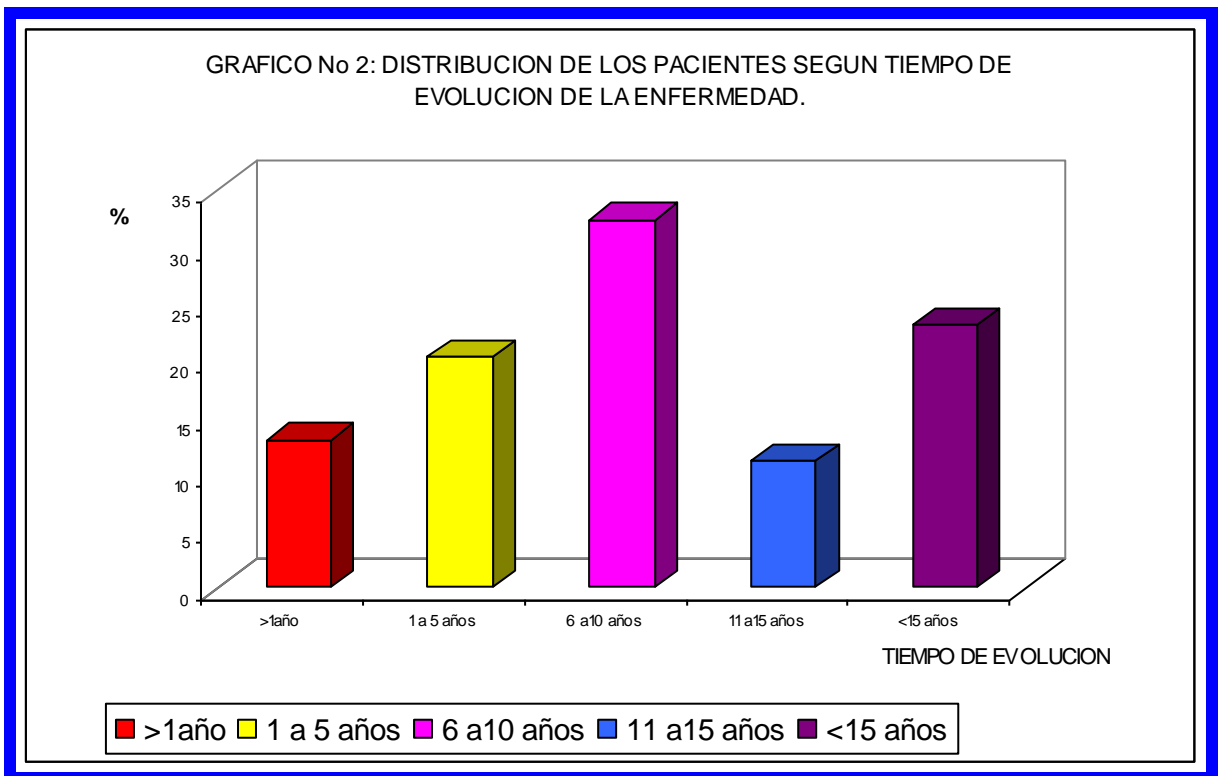
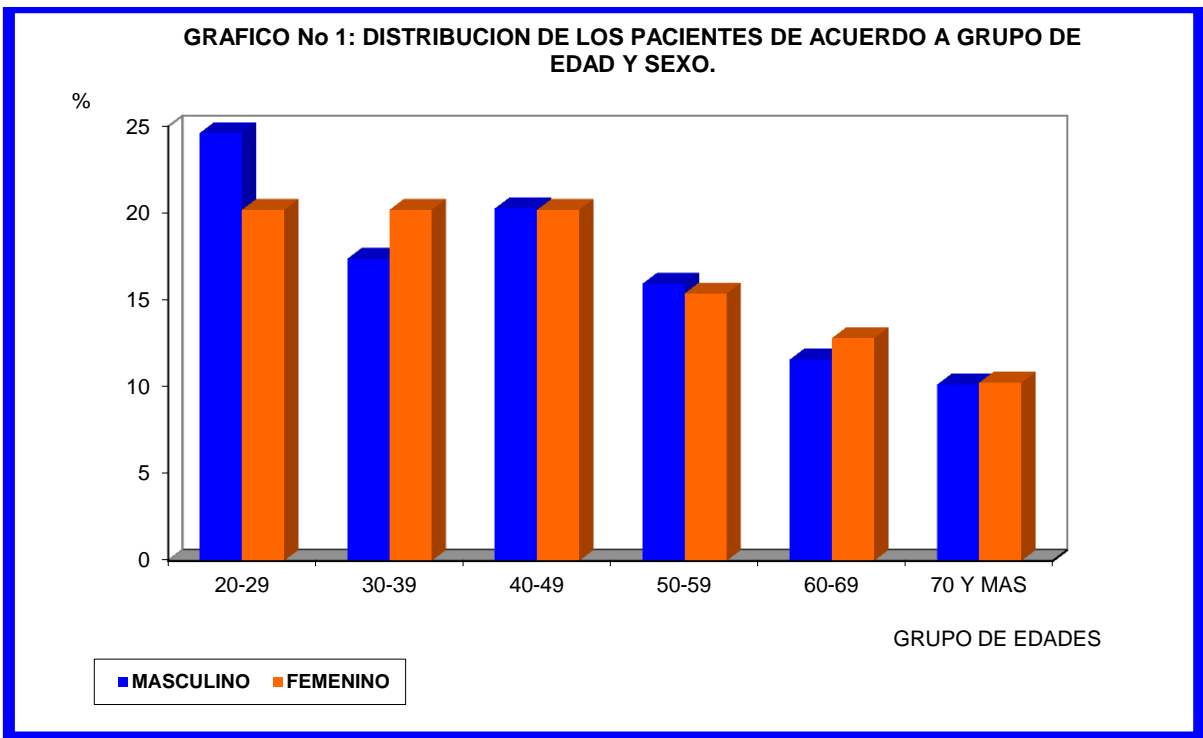


GRAFICO No 3: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN NECESIDAD DE ACUDIR AL CUERPO DE GUARDIA.

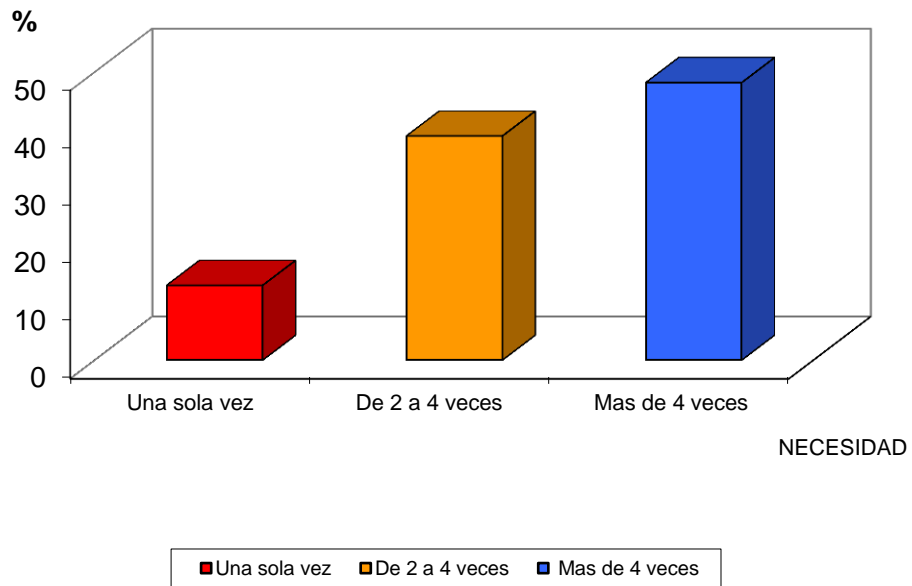


GRAFICO No 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA.

