

Universidad de Ciencias Médicas

“Dr. José Assef Yara”

Policlínico Docente Universitario Raúl Ortiz.



TÍTULO: Intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo en la hipertensión arterial en el Consultorio La Pedrera, municipio Ciro Redondo.

Autora: Dra. Ana Iris Mena Broche.

Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

2017

Universidad de Ciencias Médicas

“Dr. José Assef Yara”

Ciego de Ávila.

TITULO: Intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo en la hipertensión arterial en el Consultorio La Pedrera, municipio Ciro Redondo.

Autora: Dra. Ana Iris Mena Broche.

Tutora: Dra. Iliana Pérez Chong

Especialista de primer grado en Farmacología.

Asesor: Dr. José Cagigal González

Especialista de primer grado en Medicina Interna.

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

2017

PENSAMIENTO

**No es la inteligencia recibida y casual lo que da al hombre honores,
sino el modo con que lo usa y la Salva.**

José Martí.

Dedicatoria:

A mi esposo por su paciencia, tenacidad, amor y comprensión.

A mi hijo Bryan quien se merece lo mejor del mundo.

A mis profesores quienes me han guiado en este amplio mundo de la medicina.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer muy especialmente a:

Mi esposo por ser el soporte de los momentos más difíciles.

A mi hijo que con su amor hace que todo lo malo desaparezca.

A mi tutor por su apoyo incondicional.

A todas las personas que de una forma u otra contribuyeron a la realización de este trabajo.

A la Revolución cubana por darme 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 educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que más inciden en los pacientes con Hipertensión arterial en el Consultorio 14 La Pedrera, municipio Ciro Redondo. La muestra quedó conformada por 53 pacientes que dieron su consentimiento informado previo, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se diseñó un programa de intervención educativa y se volvió a aplicar con un intervalo de 4 meses. Se procesaron las variables definidas, se aplicó estadística descriptiva y análisis porcentual a los datos y se obtuvo una mayor frecuencia de pacientes en el rango de edades entre 25 años y 66 años respectivamente, predominando el sexo masculino y el color de piel blanca. Se pudo inferir que los pacientes se capacitaron y obtuvieron nuevos conocimientos sobre los Factores de Riesgos al aplicar la intervención educativa para disminuir los riesgos a los que están sometidos y con ello lograr disminuir las complicaciones de su enfermedad. Los resultados de la evaluación sobre el tema: hábito de fumar obtuvo evaluación de bien, 41.5%; alcoholismo un 33.9%; sedentarismo obtuvo calificación de bien el 30.1%; consumo de grasa 28.3% y de forma general al final de la intervención el 35.8% obtuvo calificación de bien. Los resultados se muestran en tablas y gráfico para su mejor comprensión.

PALABRAS CLAVES: factores de riesgo; hipertensión arterial; intervención educativa.

INDICE

INTRODUCCIÓN:	1
MARCO TEÓRICO:	6
MATERIAL Y MÉTODO:	17
RESULTADOS Y DISCUSIÓN:	25
CONCLUSIONES:	37
RECOMENDACIONES:	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	39
ANEXOS	52

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo y continúa siendo uno de los grandes desafíos de la Medicina moderna tanto por la morbimortalidad que provoca, como por la enorme cantidad de recursos económicos que se emplean en su tratamiento y en el de las afecciones derivadas de ella ^(1, 2). La Hipertensión Arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo establecido para otras enfermedades, fundamentalmente para la Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal y puede producir afectaciones de la vasculatura periférica y de la retina ^(1, 3-9). Constituye un problema de salud de considerable relevancia en nuestros días, no solamente por los perjuicios que ocasiona por ser en la salud de las personas sino por el número apreciable de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta por su condición de factor de riesgo de otras enfermedades ^(10, 11).

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, es uno de los problemas de salud en el mundo que más afecta al hombre, por lo que es importante diagnosticar los factores de riesgo que se relacionan con esta enfermedad. ⁽¹²⁾

La presión arterial medida en consulta puede ser mayor a la presión arterial que una persona tiene normalmente, fenómeno que se conoce como hipertensión de bata blanca.¹³ Las guías NCGC-127 del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico,¹⁴ del 2011 tienen en cuenta este fenómeno e incluyen las cifras de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y de la automedida de la presión arterial (AMPA) por encima de las cuales consideran a la población hipertensa.

El JNC 7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) define como hipertensión a la presión arterial comprendida entre 120/80 mmHg y 139/89 mmHg.

La pre hipertensión no es una enfermedad, sino una categoría que permite identificar personas con alto riesgo de desarrollar hipertensión. Esta cifra puede variar de acuerdo al sexo y edad del paciente. ⁽¹⁵⁾

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

La hipertensión se clasifica como resistente o refractaria en sujetos tratados con al menos 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas, uno de ellos diurético, con un adecuado cumplimiento de la medicación antihipertensiva, es decir si la medicina convencional no reduce la presión arterial a niveles normales.¹⁶ En EE.UU.¹⁷ y el Reino Unido se han publicado sendas guías para el tratamiento de la hipertensión resistente.¹⁸

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. 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 ¹⁹. En los EE.UU., el Centro Nacional de Salud y Nutrición (NHANES, 1999-2004), tras una encuesta realizada, encontró una prevalencia de hipertensión arterial (HTA) del 60 % en los encuestados entre 60 y 69 años de edad, esta prevalencia creció al 72 % para los encuestados entre 70 y 79 años, y al 77 % para los mayores de 80 ²⁰.

Factor de riesgo se define como un predictor estadístico de la enfermedad; Es decir como aquella circunstancia, hallazgo personal o ambiental que se relaciona estadísticamente con la enfermedad. Para poder considerarlos como tales deben cumplir una serie de requisitos como son: la presencia previa del factor a la enfermedad y su asociación consistente con la enfermedad, entre otros ²¹.

El impacto médico-social debido a esta entidad se refleja en función de la morbilidad y mortalidad asociadas a las complicaciones, fundamentalmente las

que derivan del daño a los órganos diana como el cerebro, corazón y riñones (22).

La HTA es el "iceberg" clínico del problema de salud pública derivado del verdadero factor de riesgo cardiovascular: la Presión Arterial (PA) (23-25).

La investigación de los factores que inciden en el desarrollo de las enfermedades no transmisibles crónicas, ha cobrado vital importancia en las Ciencias de la Salud. La percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia con medidas de educación y promoción dirigidas a disminuir la Presión Arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados, fundamentalmente: la falta de ejercicios físicos, niveles inadecuados de lípidos, elevada ingesta de sal, tabaquismo y alcoholismo, de manera que existe un fuerte componente en el que incide el estilo de vida y que impone una modificación conductual.⁷

Para establecer acciones de salud encaminadas a reducir la frecuencia de HTA es indispensable conocer los factores de riesgo que intervienen en su desarrollo y adoptar medidas generales dirigidas a la comunidad que por consiguiente escapa a la posibilidad del Médico individual.

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"².

En el área del Caribe, la HTA afecta al 20 % de la población, siendo Jamaica una de las naciones de mayor mortalidad por esta enfermedad (1). En los Estados Unidos de Norteamérica el número de personas afectadas por la HTA asciende a un aproximado de 50 millones (56) y se informa de unas 60 000 muertes anuales producidas directamente por la HTA (1).

La HTA en Cuba es un importante problema de salud que afecta al 15 % de la población rural y al 30 % de la población urbana, a pesar de contar con un Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control ⁽⁴⁾. En Cuba la padece el 33 % de la población adulta y menos del 50 % de los hipertensos tratados están controlados ⁽⁶⁾.

La prevalencia de HTA en Cuba en el año 2013 fue de 21,48 % según el Registro de Dispensarización de la Atención Primaria de Salud (APS), siendo de 19,61 % en el sexo masculino y de 23,36 % en el sexo femenino; en la Provincia Ciego de Ávila fue de 19,60 %. En el Municipio Ciro Redondo de 30.21% en 2014.

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.

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 consultorio 14 La pedrera perteneciente al municipio Ciro Redondo, Ciego de Ávila, pese a los esfuerzos de forma preventiva y asistencial que se llevan a cabo en el país dada la incidencia de este problema de salud.¹⁰

La HTA es una enfermedad diagnosticada en 73 pacientes, que representa el 7,3 % de la población del consultorio. Teniendo en cuenta lo antes expuesto, se realizó este estudio con la finalidad de darle solución al siguiente problema de investigación: ¿Qué nivel de conocimiento presentan los pacientes hipertensos pertenecientes al consultorio número 14 La Pedrera Ciro Redondo sobre los factores de riesgo de su enfermedad?

Hipótesis:

Con la realización de una intervención educativa se puede elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo presentes en los pacientes hipertensos en el consultorio 14 La Pedrera, Ciro Redondo.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Desarrollar una intervención educativa 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 14 La Pedrera del municipio Ciro Redondo.

Objetivos específicos:

1. Distribuir variables demográficas de edad, sexo y color de la piel en la muestra del estudio.
2. Identificar el nivel de conocimiento que tiene la población sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial.
3. Diseñar, validar y aplicar una estrategia de intervención educativa a la

población de estudio, teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje.

4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos de los factores de riesgo de la hipertensión arterial después de la intervención.

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 1940.⁶⁸

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.⁶⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la HTA es una de las tres causas que provocan más mortalidad en el conjunto de la población y que su control adecuado reduciría a la mitad las tasas de enfermedades cardiovasculares⁽⁵⁵⁾. También estima que una reducción de 2 mm de Hg en la Presión Arterial media en la población trae como resultado una disminución del 6 % de la tasa de mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, del 4 % por enfermedades cardiovasculares y del 3 % para todas las causas asociadas⁽⁵⁶⁾.

Según la OMS, las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables, directa o indirectamente, de morbilidad, mortalidad, pérdida de calidad de vida y altos costos sanitarios en los adultos de todos los países incluyendo los países industrializados y con más desarrollo económico. La hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes y las dislipidemias son comunes en estas enfermedades de los adultos, con aumento preocupante en los últimos años en niños y adolescentes. Son, por ellas mismas, enfermedades y también importantes factores de riesgo para el resto de las enfermedades crónicas no transmisibles que causan daño vascular: hipertrofia ventricular izquierda, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y enfermedad renal crónica, entre otras⁶⁰⁾.

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.¹⁹

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 hipertensión³¹. 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 tratamientos.⁴⁸

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 cardiaca y la enfermedad renal crónica.³⁰

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.³⁰

La Hipertensión Arterial sigue siendo una epidemia mundial que padecen más de 1 000 000 000 de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Solo un tercio de los hipertensos son tratados y solo el 12 % de los tratados están controlados (es decir que presentan cifras de Presión Arterial menores de 140/90 mm de Hg.). La prevalencia mundial actual, según diferentes estudios regionales, es de 30 %, pero en las personas mayores de 50 años se eleva a 50 % (1-3).

La HTA está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico (46).

La prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial es muy variable (7). En la mayoría de los países la prevalencia de HTA se encuentra entre 15 % y 30 % y sobrepasa el 30 % en la población adulta (37).

La presión arterial se expresa con dos medidas, la presión arterial sistólica y diastólica, como por ejemplo 120/80 mm_{Hg}. La presión arterial sistólica (la primera cifra) es la presión sanguínea en las arterias durante la sístole ventricular, cuando la sangre es expulsada desde el corazón a las arterias; la presión arterial diastólica (el número inferior) es la presión en la diástole, cuando el corazón se relaja y la presión arterial cae.¹⁰

Las guías clínicas del manejo de la hipertensión arterial clasifican la hipertensión en fases o estadios que tendrán distinto pronóstico y tratamiento. Estas clasificaciones se obtienen haciendo la media de las lecturas de la presión arterial del paciente en reposo tomadas en dos o más visitas. Los individuos mayores de 50 años se clasifican como hipertensos si su presión arterial es de manera consistente al menos 140 mm_{Hg} sistólica o 90 mm_{Hg} diastólica.⁷ La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular; el tratamiento antihipertensivo irá enfocado a reducir el riesgo cardiovascular global, por lo tanto, al instaurar el tratamiento se

tendrán en cuenta, además de las cifras de presión arterial, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, como enfermedad renal o cardiovascular establecida, diabetes o síndrome metabólico.^{7,44}

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.⁴⁵

La OME 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 2015.¹⁴

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

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 años 25. 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 140/90mmhg), 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 de 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 Bangladés, 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 × 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 Aunque su prevalencia se puede determinar de una manera relativamente fácil, no sucede lo mismo con la mortalidad relacionada con ella. en las estadísticas convencionales de causas de muerte, a partir de los certificados de defunción y de la clasificación internacional de enfermedades (cie), los efectos de la HTA se "diluyen" entre sus más graves consecuencias-sobre todo las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares-, quedando un reducido rubro para las "enfermedades hipertensivas" como tal.¹⁵⁻¹⁷

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 el 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 el 2015 en Cuba fallecieron 24 497 personas por enfermedades del corazón, para una tasa de fallecidos de 8.4 x 1000 habitantes, en Ciego de Ávila fallecieron 803 pacientes y la tasa de prevalencia fue de 208.6 x1000 habitantes.

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.¹⁹ 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.²⁰ 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 países²¹⁻²².

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar 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 los pacientes con hipertensión arterial son recomendables una serie de medidas generales que incluyen: dieta pobre en sal, moderación del consumo de bebidas

alcohólicas, realización de ejercicio físico aeróbico de índice de masa corporal sea superior al 25%). Estas medidas disminuyen, por sí mismas, las cifras y potencian además la acción de los fármacos. ⁽⁸⁴⁾

La autora considera que en la modificación del estilo de vida de los pacientes que padecen de HTA es necesario que los mismos conozcan los factores de riesgo para evitar las complicaciones de la enfermedad; dentro de ellos el uso del tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial e incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina, el alcoholismo constituye otro factor de riesgo 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 En caso de obesidad se tiene que favorecer una educación para el control de peso, al 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. 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. Otro factor es el efecto antihipertensivo del ejercicio que 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

La ingesta de sodio es otro factor de riesgo si se consume en exceso. 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 salchichería y enlatados.²³ El mecanismo antihipertensivos propuesto en la ingesta de potasio, incluye un aumento en la nutrierais así como un efecto vasodilatador, al aumentar la actividad de la bomba $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$. Los suplementos orales de potasio sólo deben darse a los pacientes que cursan con hipocalcemia secundaria al tratamiento con diuréticos.

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

La hipertensión arterial es el marcador de riesgo aislado conocido más importante de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Aunque su prevalencia se puede determinar de una manera relativamente fácil, no sucede lo mismo con la mortalidad relacionada con ella. En este trabajo nos proponemos resaltar –o rescatar- el verdadero lugar que ocupa la hipertensión arterial -*el asesino silente*- en la mortalidad, a través de la recuperación y recopilación de evidencias disponibles en nuestro país y en nuestro territorio, lo que pretendemos sirva para ratificar la necesidad de considerar a esta enfermedad como verdadera condición trazadora de las enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de salud y, por tanto, la gran actualidad e importancia de su prevención y control.⁽⁸⁵⁾

En el área de salud del consultorio La Pedrera en el último año ha existido un incremento de un 9% de pacientes que comienzan a padecer la enfermedad. Razón que nos motivó a la realización de la presente investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después de una intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que más inciden en los pacientes con Hipertensión arterial en la población del consultorio número 14 La Pedrera municipio Ciro Redondo, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2016.

El universo estudio estuvo constituido por 73 pacientes dispensarizados con HTA residentes en el área perteneciente al consultorio 14 La Pedrera municipio Ciro Redondo y la muestra se obtuvo al azar según el año par de su nacimiento, quedando conformada por 53 pacientes, los que dieron su consentimiento informado (anexo I) previo a su inclusión en la investigación, según los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos por la autora del estudio.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron individuos mayores de 25 años de edad, quienes tenían un nivel de escolaridad de 9no grado y universitarios, capaces de leer y responder una encuesta, que dieran el consentimiento informado (Anexo 1) 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 2) para identificar las necesidades de aprendizaje sobre los mismos.

Etapas 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 constó de 5 temas que fueron repartidos 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. Esta actividad se decidió realizarla en dos frecuencias a la semana, los martes a 26 pacientes y los jueves a los 27 restantes para facilitar la actividad docente y se desarrolló en las aulas de la Escuela Primaria "Honorato del Castillo Cancio" en el horario de la tarde. Del 3 de octubre al 5 de noviembre del 2016.

Etapas 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

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> ➤ e/25 y 34 años ➤ e/35 y 49 años ➤ e/ 50 y 65 años ➤ > de 66 años 	Edad en años cumplidos según CI.	Número y porcentaje según grupo de edad.
Sexo	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino ➤ Femenino 	según CI e HC	Número y porcentaje según sexo.
Color de la piel	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Blanca ➤ Negra ➤ Mestiza 	según CI e HC	Número y porcentaje según raza.
Hábito de fumar (b)	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No ➤ Si - Moderado ➤ Si -Severo 	Según estilo de vida.	Número y porcentaje según correspondencia
Alcohol	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí. ➤ No 	Beber más de 30 <u>gramos</u> de alcohol cada día	Número y porcentaje según correspondencia

Ingestión de sal	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí. ➤ No 	Comer más de 6 <u>gramos</u> cada día	Número y porcentaje según correspondencia
Obesidad (c)	Cualitativa Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sí. ➤ No 	IMC \geq 28.6 Kg/m ²	Número y porcentaje según correspondencia
Conocimientos sobre hábito de fumar	Cualitativa ordinal Politémica	<p>Responde 4 ítems correctos</p> <p>Responde 3 ítems correctos</p> <p>Responde 1 ó 2 ítems correctos</p>	<p>Bien</p> <p>Regular</p> <p>Mal</p>	Nivel de conocimientos sobre riesgos en la HTA del hábito de fumar
Conocimientos sobre alcoholismo	Cualitativa ordinal Politémica	<p>Responde 4 ítems correctos</p> <p>Responde 3 ítems correctos</p> <p>Responde 1 ó 2 ítems correctos</p>	<p>Bien</p> <p>Regular</p> <p>Mal</p>	Nivel de conocimientos sobre riesgos en la HTA del alcoholismo
Conocimientos sobre sedentarismo	Cualitativa ordinal Politémica	<p>Responde 4 ítems correctos</p> <p>Responde 3 ítems correctos</p>	<p>Bien</p> <p>Regular</p>	Nivel de conocimientos sobre riesgos en la HTA del

		Responde 1 ó 2 items correctos	Mal	sedentaris mo
--	--	--------------------------------	-----	---------------

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 y 6 items correctos Responde 5 ó menos items correctos	Bien Regular Mal	Nivel de conocimientos sobre riesgos en la HTA de la ingesta de sal.

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

Bien: Si obtuvo una calificación entre 85 y 100 puntos

Regular: Si obtuvo una calificación entre 70 y 84 puntos

Mal: Si obtuvo 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 intervención: Sistema de actividades educativas 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 14 La Pedrera del municipio Ciro Redondo.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

Análisis histórico lógico: se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real del fenómeno en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los conocimientos que poseían los pacientes con hipertensión arterial sobre los factores de riesgo que inciden en su patología.

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 y se procesaron los datos en el programa SPSS versión 13.0 para Windows para su procesamiento. Se aplicaron frecuencias absolutas y porcentajes.

Aspectos éticos

Se le explicó a los pacientes detalladamente en qué consistía la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su participación en estudio y los beneficios que le aportaría el mismo para lograr el control de su enfermedad y evitar los Factores de Riesgo que lo pudiesen llevar a complicaciones de la misma, respetando siempre su autonomía, dejando explícito el derecho a participar en la investigación voluntariamente y sin revelar en ningún momento su identidad, teniendo la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo desee sin afectar su tratamiento y seguimiento y por último, se le explicó la posibilidad de publicar los resultados de esta investigación si procede.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta las Normas y Procedimientos establecidos para los trabajos de terminación de residencia. Cumpliendo con las regulaciones del MINSAP.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo en la Hipertensión Arterial en el consultorio 14 La Pedrera, municipio Ciro Redondo de enero a diciembre del 2016.

Tabla 1. Distribución de los grupos de edades y sexo en la muestra del estudio en el consultorio 14 La Pedrera, municipio Ciro Redondo.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
25- 34 años	0	0	2	3.77	2	3.77
35 a 49 años	5	9.43	8	15.09	13	24.52
50- 65 años	2	3.77	5	9.43	7	13.20
66 o más años	11	20.75	20	37.73	31	58.49
Total	18	33.96	35	66.03	53	100

La Tabla muestra que el grupo de edades que predominó fue el comprendido entre 66 o más años y a su vez coincide con mayor frecuencia en el sexo masculino en un 66% de la muestra del estudio, similar a resultados obtenidos en el *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 ⁽⁴⁵⁾.

Al transcurrir los años y según los aspectos de la enfermedad, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área

seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial.

En relación al sexo coinciden los resultados con el estudio realizado en el Policlínico Turcios Lima de Pinar del Río, Cuba en 2012 en el que hombres tuvieron medidas de presión arterial mayores que las féminas, y una prevalencia de HTA 10 % más elevada. (<http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2012/v4n4a12/hta.html>)

En resultados hallados en literatura publicada de otras provincias del País se observa un predominio de la HTA en el sexo masculino con lo cual coinciden los resultados obtenidos en nuestra investigación, ⁽²⁾

Al investigar la ocurrencia de HAS en relación a la edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión en relación a la edad, llegando hasta el 70% entre los individuos con más de 70 años, siendo que el promedio estudiado fue de 25,3% con edad entre 18 y 93 años. Cipullo et al (2010) y Costa et al (2009) ^{8,14}

En otras investigaciones sobre Hipertensión se obtuvieron resultados similares a los nuestros como Ávila et al (2010) que relata la existencia de una relación directa de la Presión Arterial con la edad, siendo la prevalencia de HAS superior al 60% en individuos con más de 65 años. ⁹

El resultado referente a la edad se contrapone a los resultados de un estudio en Colombia en el que predominaron los factores de riesgo en la población de 40-49 años ⁽⁸⁵⁾

Tabla 2. Distribución de los pacientes de acuerdo al color de la piel.

Color de la piel	No	%
------------------	----	---

Blanca	37	69.81
Negra	12	22.64
Mestizo	4	7.54
Total	53	100

En la Tabla anterior se muestra la distribución de los pacientes de acuerdo al color de su piel y es bueno señalar que predominó el color de piel blanca, ya que es la predominante a su vez en el área en que nos enmarcamos de nuestro municipio y fue de un 69.81 %, resultados que coinciden con otros autores:

AR Medina Martín et al, 2014 plantean en su investigación (publicado en Gac Méd Espirit vol.16 no.2 Sancti Spíritus Mayo.-ago. 2014) que se ha observado un predominio de hipertensión arterial en las personas con color de la piel blanca, sin embargo en los niños negros de cualquier edad la hipertensión arterial es más maligna ya que parecen mostrar resistencias vasculares periféricas más altas y por supuesto mayor sensibilidad de su presión arterial a la entrada de sal que los niños blancos¹¹.

Aunque se ha señalado que la presión arterial es más alta en niños negros en comparación con blancos no se cree que tenga importancia clínica las diferencias observadas, y los estándares actuales de referencias para niños no distinguen entre grupos raciales o étnicos⁷. Se halló una mayor incidencia en el color de la piel blanca¹²; y a pesar de que la hipertensión arterial es más maligna en la raza negra, se presenta con mayor frecuencia en la blanca¹³

En el Libro de la Salud Cardiovascular del Dr. Santos Casado Pérez, Médico especialista en Nefrología. Jefe consultor del Servicio de Nefrología y unidad de Hipertensión de la Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid, plantea que en

cuanto a las razas, no hay grandes diferencias, a pesar de lo cual aún existen reductos en las profundidades de la selva amazónica donde habitan poblaciones indígenas que mantienen el mismo estilo de vida y la misma dieta.

La hipertensión al ejercicio es una elevación excesiva de la presión arterial durante el ejercicio.^{15 16 17} El rango considerado normal durante el ejercicio para los valores sistólicos es entre 200 y 230 mmHg.¹⁸ La hipertensión al ejercicio puede indicar que el individuo tiene riesgo de desarrollar posteriormente hipertensión en reposo.^{17 18}

El incremento generalizado en la prevalencia de la obesidad ha llegado incluso a afectar al 50 % de la población mayor de 40 años en los Estados Unidos²⁶. En España, los datos vislumbran índices de obesidad similares a los del resto de países europeos superior al 10 %⁽⁸⁵⁾.

Los resultados del trabajo son similares a los de Cerecero y colaboradores²⁸, cuya prevalencia es de 9,83 %, lo que demuestra cierta tendencia a mayor obesidad en mujeres que en hombres.⁽⁸⁶⁾

En un estudio en México por Florentina Marín-Reyes, M.C se evidenció que la supresión en la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos, la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la HAS son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares,() ya que implican modificaciones del estilo de vida, que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia.

El consumo excesivo de sal induce y mantiene la hipertensión arterial. La hipertensión sensible a la sal es el tipo más frecuente de hipertensión primaria. La hipertensión sensible a la sal consiste en un incremento exagerado en la presión inducido por el consumo de sal.^{20 21}

Aproximadamente un tercio de la población normotensa y dos tercios de la hipertensa son sensibles a la sal²² En esa parte de la población, al aumentar la

ingesta de sal se aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua, aumentando la presión sanguínea.

Se estableció una correlación entre el índice de masa corporal, la presión arterial sistólica y el perfil lipídico encontrándose una fuerte asociación de estos factores con la extensión de lesiones de la aorta, así como en las arterias coronarias⁶. (Factores de Riesgo HTA)

El hábito de fumar como factor de riesgo a largo plazo puede llevar a que la superficie de la íntima de los vasos estén afectados con placas fibrosas en la aorta y estrías adiposas en los vasos coronarios, lo cual indica que según el número de factores de riesgo se incrementa así la gravedad de la aterosclerosis asintomática en la aorta y arteria coronaria en la población de jóvenes^{16, 17}.

Estudios epidemiológicos han establecido que el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares está asociado con la presencia de niveles elevados de colesterol total y colesterol **LDL**. Estos niveles pueden ser detectados en las primeras etapas de la vida. Otros estudios señalan que los niveles elevados de estos lípidos en sangre durante la infancia predicen estas alteraciones en la edad adulta, siendo por lo tanto, posible la detección precoz de los pacientes que tienen riesgo de enfermedad cardiovascular^{18, 19}.

El resto de los Factores de Riesgo se presentaron en menos frecuencia en nuestra muestra pero no por ello dejar de tener mayor importancia.

Algunos de los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial incluyen la obesidad, el consumo de alcohol, circunstancias de nacimiento y las profesiones estresantes. Se ha notado que en sociedades económicamente prósperas, estos factores aumentan la incidencia de hipertensión con la edad. (Hipertensión Arterial).

Tabla 3: 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

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 iatrogénica 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.⁴¹

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.⁴²

Algunos de los factores de riesgo identificados en este estudio fueron: la presión arterial sistólica, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la intolerancia a la glucosa

y la hipertrofia del ventrículo izquierdo, diagnosticada en el electrocardiograma. Además, se identificó que la hipertensión y la hipercolesterolemia tenían un carácter gradual y continuo, y que con frecuencia se producía una asociación de estos factores, lo que producía un efecto multiplicador. ⁽⁸⁶⁾

Tabla 4: 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.⁴³

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 5: 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 6: 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 Fdragas 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.⁴⁵

Tabla 7: 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 8: Nivel de conocimientos global 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

En el estudio obtuvimos una mayor frecuencia de pacientes en el rango de edades comprendidos entre 66 años y más, predominó el sexo masculino y el color de la piel blanca. Podemos inferir que los pacientes se capacitaron y obtuvieron nuevos conocimientos sobre los Factores de Riesgos al aplicar una intervención educativa para disminuir los riesgos a los que están sometidos y con ello lograr disminuir las complicaciones de la Hipertensión conocida como Mortalidad por hipertensión arterial. Tras la huella del “asesino silente”

<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/100>

RECOMENDACIONES

- 1- Continuar realizando acciones de Promoción y prevención con estos pacientes y el resto de la población para su oportuno diagnóstico y dispensarización.

- 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. Marrero JJ, Martínez O, Colmenero M, Mariol AC. Factores de riesgo de la Hipertensión Arterial. Poblado La Maya, 2002.
www.monografias.com/trabajos28/hipertension/hipertension.shtml

2. Llavata P, Carmona JV. Educación para la Salud: Hipertensión Arterial. Epidemiología. Enferm Cardiol. 2005 May-Agosto;XII(35):28-32.
3. MINSAP. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999 Ene-Feb;15(1):46-87.
4. Colectivo de Autores del Programa y Comisión Nacional Asesora para la Hipertensión Arterial del MINSAP. Hipertensión Arterial. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Guía para la atención médica. Editores: Manuel D. Pérez Caballero, Liliam Cordiés Jackson, Alfredo Vázquez Vigoa, Carmen Serrano Verduras. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2004.
5. US Department of Health and Human Disease. National Institute of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 04-5230. August 2004.
6. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial del MINSAP, Cuba. Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2006. Ciudad de La Habana: MINSAP; Junio 2006.
7. García O, Ricardo N, Rubio A, Tang BN, García N. Prevalencia HTA y factores de riesgo. Rev Portales Médicos.com. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/329/1/Prevalencia-HTA-y-factores-de-riesgo.html>. Pub. 27 Nov. 2006.
8. Pérez R. Hipertensión Arterial. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/confind/confind.shtml>
9. Céspedes E, Ponte G, Riverón G, Castillo JA. Marcadores de estrés oxidativo en pacientes hipertensos de una población rural en Provincia Habana. Rev Cubana Invest Biomed. 2008 Ene-Mar [Citado 27 Jun

2014];27(1):1-9.Disponible

en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v27n1/ibi02108.pdf>

10. Macías Castro I, Payá O. Criterios de mortalidad por Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 1988;27(8):47-63.
11. Coutin G, Borges J, Batista R, Feal P. El control de la Hipertensión Arterial puede incrementar la esperanza de vida. Verificación de una hipótesis. Rev Cubana Med 2001 Abr-Jun;40(2):103-8.
12. Medina Martín AR. et al. Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes con hipertensión arterial esencial. Gac Méd Espirit vol.16 no.2 Sancti Spíritus Mayo.-ago. 2014).
Disponible en
<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/651/499>
13. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults». National Institute for Health and Clinical Excellence. Consultado el 30 de diciembre de 2012.
14. Mancia G, Bertinieri G, Grassi G, Parati G, Pomidosi G, Ferrari A, et al. *Effects of blood-pressure measurements by the doctor on patient's blood pressure and heart rate.* Lancet. 1983.;2:695-8
15. Chobanian AV et al (2003). «The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. ». *JAMA* 289: 2560-72. PMID 12748199.
16. CG34 Hypertension - quick reference guide» (PDF). National Institute for Health and Clinical Excellence. 28 de junio de 2006. Archivado desde el original el 28 de noviembre de 2015. Consultado el 4 de marzo de 2009
17. Kato, Norihiro; Loh, Marie; Takeuchi, Fumihiko; Verweij, Niek; Wang, Xu; Zhang, Weihua; Kelly, Tanika N.; Saleheen, Danish *et al.* (1 de noviembre de 2015). «Trans-ancestry genome-wide association study identifies 12 genetic loci influencing blood pressure and implicates a role for DNA methylation». *Nature Genetics* 47 (11): 1282-1293. doi:10.1038/ng.3405. ISSN 1546-1718. PMC 4719169. PMID 26390057. Consultado el 27 de marzo de 2017.
18. *Guía NICE 2011.* National Institute for Health and Clinical Excellence, consultado el 14 de marzo de 2014.

19. DÍAZ, Mónica. ¿Cómo comenzar el tratamiento del paciente hipertenso?. *Revista Argentina de Cardiología* [online]. 2006, vol.74, n.3 [citado 2010-07-23], pp. 191-193. ISSN 1850-3748
20. Sigerist, Henry E. (1965). *Große Ärzte*. Múnich (Alemania): J. F. Lehmanns Verlag (5. Auflage) (1. Auflage 1958). plate 26, pág. 120
21. Harrison Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). «Capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva». *Harrison online en español*. McGraw-Hill. Consultado el 16 de junio de 2008
22. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial del MINSAP, Cuba. Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2006. Ciudad de La Habana: MINSAP; Junio 2006
23. 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. *Hypertens*. 1998;32:998-1002.
24. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Cruz JJ, de Andrés B, Rey J. Mortalidad relacionada con la presión arterial y la hipertensión en España. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:489-94.
25. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciano A, Luque M, de la Cruz-Troca JJ, et al. Hipertensión magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens*. 2002;20:2157-64.
26. Jafar TH et al. Community based Lifestyle intervention for blood pressure reduction in children and young adults in developing country: cluster randomized controlled trial. *BMJ* [internet]. 2010 Jun; 340: c2641. Disponible en <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c2641>
27. Falkner B. Hypertension in children and adolescents: epidemiology and natural history. *Pediatr Nephrol* [internet]. 2010 Jul; 25(7):1219-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874036/>
28. Llapur Milián R, González Sánchez R. Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Pediatr* [internet]. 2006 Ene-mar [citado 2012 Oct 2]; 78(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312006000100007&script=sci_arttext

29. Pérez Fernández Guillermo A, Grau Abalo R. Predicción de la evolución hacia la hipertensión arterial en la adultez desde la adolescencia. RCIM [internet]. 2012 Jun [citado 2013 Abr 19];4(1): 43-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592012000100005&lng=es
30. Ordúñez García P, La Rosa Linares Y, Espinosa Brito A, Álvarez Li FC. Hipertensión arterial, recomendaciones básicas para la prevención, detección, evaluación y tratamiento. Finlay Revista Científica Médica de Cienfuegos [internet]. 2010 [citado 2013 Abr 07]; 10(Número Especial):7-26. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/5>
31. Costa Jonathan Veloso SA, Vilarouca da Silva R, Moura Ionara Holanda de, Carvalho Batista Nunes R de, Bernardes Lais Evêncio, Almeida PC de. An analysis of risk factors for arterial hypertension in adolescent students. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2012 Apr [cited 2013 Ene 19]; 20(2):289-295. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200011
32. Cangas García SR, Hernández García S, García Martínez A, Prat Ribet I, González Tielvez M. Pesquisaje de hipertensión arterial en los adolescentes. Rev Ciencias Médicas [internet]. 2011 Mar [citado 2013 Ene 19]; 15(1):103-115. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000100009&lng=es
33. Noval García R, Armas Rojas N, Dueñas Herrera A, Acosta González M, Pagola Leyva J, Cáceres Loriga F. Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza (CHAPLAZA). Rev Cubana Med Gen Integ [internet]. 2005 Sep-dic [cited 2013 Ene 19];21(5-6). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi035-605.htm
34. Frelut ML, Navarro J. Obesity in the child. Press Med [internet]. 2000 [cited 2013 Ene 19]; 29(10):572-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Obesity+in+the+child.+Press+Med.+2000%3B29%2810%29%3A>

35. Álvarez Valdés N, Gálvez Cabrera E, Díaz Garrido D. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2007 Jul-sep [citado 2013 Mar 11]; 23(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300006&lng=es
36. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas, 2007. Rev Med Electrón. [Internet]. 2009 Mar-abr [citado 2013 Marzo 11];31(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000200003&lng=es
37. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios. [Internet]. La Biblioteca Cochrane Plus 2013 [citado 2012 Oct 02];(12). Disponible en:
<http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004804>
38. Sandoval R, Vázquez LR, Rodríguez de Salazar M, Torres M, Paredes R, Vázquez de Ricciardi L. Prevalencia de hipertensión arterial y dislipidemias en escolares y adolescentes en Valera Estado Trujillo. Venezuela. Gac Méd Caracas. [Internet]. 2009 Sep. [Citado 2013 Ene 19]; 117(3): 243-249. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000300009&lng=es&nrm=iso
39. Urquiza J, Núñez M, Santiesteban C. Vigilancia en Salud de la Hipertensión Arterial en la Atención Primaria de Salud. Disponible en:
www.monografias.com/trabajos15/hipertension/hipertension.shtml
40. Alfonzo JP. Hipertensión Arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. ISBN: 978-959-212-530-8.
Kannel WB, Wolf J. Systolic blood pressure, arterial rigidity and risk of stroke. The Framingham study. JAMA. 1981;245:1225-9
41. Vázquez A, Fernández MA, Cruz NM, Roselló Y, Pérez MD. Percepción de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo. Aporte al

Día Mundial de Lucha contra la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 2006 Jul-Sept [Citado 02 Jul 2014];45(3):1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0034-75232006000300007&Ing=es&nrm=iso&tIng=es>

42. Morales JM, Achiong F, Díaz O, Fuentes S. Pesquisa activa de hipertensión arterial. Un éxito en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 Nov-Dic [Citado 25 Jun 2014];19(6):1-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0864-21252003000600009&Ing=es&nrm=iso&tIng=es>
43. Dueñas A, Alfonso JP, García DO. Editorial: Nueva Guía para el control de la hipertensión arterial en personas mayores. 2012 [Citado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=70731>
44. Ordúñez P, Cooper RS, Espinosa-Brito A, Iraola MD, Bernal JL, La Rosa Y. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control. Rev Cubana Salud Pública. 2005 Sept-Dic [Citado 02 Jul 2014];31(3-4):270-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n4/spu02405.pdf>
45. Kannel WB, Gordon T. Hypertension as an ingredient of a cardiovascular profile. The Frammingham study. Am J Cardiol. 1971;27:335-46.
46. Gafas C. Estrategia Educativa en Enfermería para el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso. Policlínico "José Martí". Camagüey, 2008-2009 [Tesis para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2011.
47. Álvarez G. Propuesta de Subprograma integral para la atención de la Hipertensión Arterial esencial en la Atención Primaria de Salud [Tesis para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias

Médicas]. Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas Serafín Ruiz de Zarate; 2010.

48. Ma WJ, Tang JL, Zhang YH, Xu YJ, Lin JY, Li JS, et al. Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, Control, and Associated Factors in Adults in Southern China. *Am J Hypertens*. 2013; 25(5):590-596. doi:10.1038/ajh.2012.11
49. Lao JQ, Xu YJ, Wong MChS, Zhang YH, Ma WJ, Xu XJ, et al. Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, Control, and Associated Factors in a Developing Southern Chinese Population: Analysis of Serial Cross-Sectional Health Survey Data 2002-2010. *Am J Hypertens*. 2013;26(11):1335-1345. doi:10.1093/ajh/hpt111
50. Do HTP, Geleijnse JM, Le MB, Kok FJ, Feskens EJM. National Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension and Prehypertension among Vietnamese Adults. *Am J Hypertens*. 2014 [Cited 2014 Jun 14]. doi:10.1093/ajh/hpu092 First Published on line: May 26, 2014.
51. Jones JB, Nangia V, Matin A, Joshi PP, Ughade SN. Prevalence, Awareness, Control, and Associations of Arterial Hypertension in a Rural Central India Population: The Central India Eye and Medical Study. *Am J Hypertens*. 2010;23(4):347-50. doi:10.1038/ajh.2009.276
52. Huerta B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos Cardiol México*. 2001;71 Supl 1:5208-210. Disponible en: www.org.mx
53. Pérez MD. Aportes al estudio de la Hipertensión Arterial en Cuba [Tesis para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana – Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”; 2008.
54. Macías I. Epidemiología de la Hipertensión Arterial. *Revista Acta Médica*. 1997;7(1):15-24.

55. Xu L, Wang Sh, Wang YX, Wang YS, Jonas JB. Prevalence of Arterial Hypertension in the Adult Population in Rural and Urban China: The Beijing Eye Study. *Am J Hypertens*. 2008;21(10):1117-1123. doi:10.1038/ajh.2008.247
56. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. ISBN: 978-959-212-315-1
57. Sellén J. Hipertensión Arterial, diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de La Habana: Félix Varela; 2002.
58. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365:217-23.
59. Curbelo WA. La Hipertensión Arterial. Un reto para el hombre de estos tiempos. Hospital Universitario "Guillermo Domínguez López", Puerto Padre, Las Tunas. 2005. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/ppt/servicios/hta/la_hipertension_arterial.ppt
60. Growing JE. Comparación de dos estrategias de tratamiento en el Control ambulatorio de hipertensos con Cardiopatía Isquémica [Tesis para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: Instituto Superior Ciencias Médicas de la Habana; 2005.
61. Sellén J. Hipertensión Arterial: diagnóstico, tratamiento y control [Tesis para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: Instituto Superior Ciencias Médicas de la Habana- Facultad Ciencias Médicas - Hospital General Calixto García; 2007. Disponible en: <http://files.sld.cu/hta/files/2009/12/libro-de-sellen-hipertension-arterial.pdf>
62. Ma WJ, Tang JL, Zhang YH, Xu YJ, Lin JY, Li JS, et al. Hypertension

Prevalence, Awareness, Treatment, Control, and Associated Factors in Adults in Southern China. *Am J Hypertens.* 2013;25(5):590-596. doi:10.1038/ajh.2012.11

63. Weschenfelder D, Gue J, hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de familia. *Rev Enfermería Global.* 2012;26:344-53.
64. Aguilar-Cruces Y, Cáceres-Guerrero P. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, Hospital José Agurto Tello, Chosica. *Rev Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.* 2013;1:26-32. doi:10.1038/ajh.2008.247
65. Stoyanovsky V, Stein AD, Mincheva VM. P-482: Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a working Bulgarian Population, 1986-1997. *Am J Hypertens.* 2001 [Cited 2014 Jun 14];14 Suppl 1:192A. doi: 10.1016/S0895-7061(01)01696-X.
66. Kearney PW. WHO Report for 2002. *Lancet.* 2005;365(9455):217-23
67. Dorobantu M, Parabont RO, Badila E, Chiorghe S. Prevalence, awareness, treatment and control of Hypertension in Romania: Results of the SEPHAR Study. *J Hypertension.* 2010;28(2):306-13.
68. Dueñas AF, Hernández O, Armas N, Sosa E, De la Noval R, Aguiar J. Manejo comunitario de la hipertensión arterial en el municipio Jagüey Grande, Matanzas. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc.* 2010;16(3):251-8.
69. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Resultados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2001.
70. Díaz AA. Epidemiología de la hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en una población rural de la República Argentina [Tesis Doctoral]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2013.
71. De la Noval R, Armas N, Dueñas A, Acosta M, Pagola J, Cáceres F. Programa de Control de la Hipertensión Arterial en el Municipio

Plaza (CHAPLAZA). Rev Cubana Med Gen Integr. 2005 [Citado 02 Jul 2014];21(5-6):1-7. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n5-6/mgi035-605.pdf>

72. Pérez MD. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el Siglo XXI. Rev Cubana Med. 2013 [Citado 12 Jun 2014];52(4):286-94. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/vol52n4/med08413.pdf>
73. De All J, Lanfranconi M, Bledel I, Doval H, Hughes A, Laroti A, et al. Prevalencia de la hipertensión arterial en poblaciones rurales del norte argentino. Rev Hipertensión y Riesgo Vascular. 2012;29(02):1-10. doi:10.1016/j.hipert.2012.03.005
74. Aguas NF. Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la Comunidad La Loma, Cantón Mira, del Carchi 2011 [Tesis para optar por el título de Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte – Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/TESIS_COMPLETANELLYAGUAS.pdf
75. Méndez D, Morillo D, Murillo A, Paredes J, Frecuencia de Hipertensión Arterial y factores de riesgo asociados en pacientes que acuden a la Consulta de Medicina Integral Familiar del Ambulatorio Urbano Tipo II de San Francisco, Barquisimeto Edo Lara. Junio. Diciembre 2006 [Tesis para optar por el título de Médicos Integrales Familiares]. Barquisimeto: Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado"; 2006. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?Autor=Paredes,+Jackson&Nombrebd=bmucla&Correo
76. Díaz G, Quinteros C, Cenete C, Bertón P, de los Santos M, Loyola N, et al. Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores biopsicosociales asociados, en población adulta de Villa Allende, Córdoba. Rev Salud Pública. 2011; XV (1):49-64.

77. Macias Castro I. Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Acta Médica Hosp. Clin Quir Hermanos Ameijeiras. 1997 Ene-Jun;7(1):15-24.
Hipertensión Arterial. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensi%C3%B3n_arterial Actualizado por última vez el 13 de junio del 2014.
78. Bertomeu V, Quiles J. La Hipertensión en Atención Primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? Rev Esp Cardiol. 2005 Abr; 58(4):338-40.
79. Morales CF. El estrés psicológico en el riesgo de enfermar. Su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr. 1991; 7(1):27-47.
80. Vázquez A. Factores de riesgo psicosociales de Hipertensión Arterial en una comunidad venezolana. Revista MEDISAN. 2014 [Citado 22 Jun 2014]; 18(2):211-8. Disponible en:
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/sansu_18\(2\).html](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/sansu_18(2).html)
81. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, et al. Guidelines for management of Hypertension: Report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004 BHSIV. British Hypertension Society Guidelines. Journal of Human Hypertension. 2004; 18:139-85.
82. Dueñas A. La Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. 2011 Jul-Sept [Citado 12 Jun 2014];50(3):232-3. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/med/vol50n3/med01311.pdf>
83. Casado Pérez S. Libro de la Salud Cardiovascular: Hipertensión arterial. Edit. Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid. p.p: 121-9. España
84. Espinosa-Brito A. Mortalidad por hipertensión arterial. Tras la huella del “asesino silente”. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2016 Abr 29]; 2(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en:
<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/100>
85. Esneda Barrera E. et al. Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. Corporación Editora Médica del Valle Colombia Med 2000; 31: 20-22

86. Naranjo Domínguez¹ A A, Amador González A, Rodríguez Navarro Á Y³ y Aroche Aportela⁴ Á Y. Niveles de tratamiento y control de la hipertensión: arterial en el policlínico turcios lima.

<http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2012/v4n4a12/hta.html>

87. Marín-Reyes Florentina s Rodríguez-Morán, Martha, M.C., M. en C, Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública Méx vol.43 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2001

88. Colectivo de autores. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana. 2016
Orellana K. Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo en el Estado Lara. [Rev. Fed. méd. venez](#);1(3/4):105-15, jul.-dic. 1993. Tab

- 89. Weschenfelder Magrini, D. Gue Martini, J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. vol.11 no.26 Murcia abr. 2012. Disponible e**

n <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200022>

90. [Alcazara JM](#), [Olivera AS](#), [Orte Martínez LM](#), [Jiménez Díaz S](#), [Segura Espinosa J](#). Hipertensión arterial esencial. Nefrología Vol. 7 N° 1 Año 2012

91. Cabrera Rego JO. Evaluación ecocardiográfica de la grasa epicárdica como marcador de riesgo cardiometabólico en pacientes cubanos. Tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. La Habana 2013. p.p: 12-9

Anexos

ANEXO 1.

Consentimiento Informado

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

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 2016.

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 30 mg 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 0.3ó 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 Honorato del Castillo Cancio 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:3/10/16

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo

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: 11/10/16

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo Cancio

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: 18/10/16

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo Cancio

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 dió una introducción de la siguiente actividad.

Cuarto encuentro:

Día: 26/10/16

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo Cancio

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 del 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 determinaran 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 del consumo de cigarrillos y la protección del fumador pasivo.

Quinto encuentro:

Día: 3/11/16

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo Cancio

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: 11/11/16

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo Cancio

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: 18/11/16

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo Cancio

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: 25/11/16

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: Escuela primaria Honorato del Castillo Cancio

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 resumen 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 entregó a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.