

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO DOCENTE DR.MARIO PÁEZ INCHAUSTI

MUNICIPIO BARAGUÁ

Título: Intervención comunitaria sobre Hipertensión Arterial y utilización de la Medicina Natural y Tradicional, consultorio 7 del área Gaspar.

Tesis en opción a especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Autor: Dr. Deivis Martínez Pérez.

2015

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO DOCENTE DR.MARIO PÁEZ INCHAUSTI

MUNICIPIO BARAGUÁ

Título: Intervención comunitaria sobre Hipertensión Arterial y utilización de la Medicina Natural y Tradicional, consultorio 7 del área Gaspar.

Tesis en opción a especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Autor: Dr. Deivis Martínez Pérez.

Residente de Segundo año en Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Arelio Pedroso Rodríguez.

Especialista en primer grado en Medicina General Integral.

## PENSAMIENTO

La naturaleza inspira respeto, fe y amor.

José Martí

## DEDICATORIA

A todos los que día a día han hecho posible el crecimiento de todos los profesionales de la salud y el mío propio, a mi madre, esposa e hijos.

.

## AGRADECIMIENTOS

A la Revolución, a mis compañeros de trabajo y en especial a la Dra. Omarys Loyola por su dedicación.

## RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental (antes-después) con el objetivo de evaluar la utilidad de una intervención educativa sobre Hipertensión Arterial y aplicación de la Medicina Natural y Tradicional en pacientes hipertensos del CMF 7 del área de Gaspar en el municipio Baraguá, en el periodo desde junio 2014 hasta junio 2015. El universo estuvo constituido por el total de personas con el diagnóstico de hipertensión arterial del consultorio, quedando la muestra conformada por 60pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para recolectar la información se utilizó una encuesta confeccionada de acuerdo a los objetivos, la cual se le aplico a la muestra para evaluar el conocimiento que poseían sobre el tema inicialmente, luego se diseñó e impartió el programa educativo y por último se aplicó la encuesta final. Se obtuvo como resultados que los pacientes alcanzaron niveles de conocimientos adecuados en todas las variables estudiadas. Identificaron el concepto de hipertensión, las manifestaciones clínicas, los principales factores de riesgo, los principales fitofármacos y además se reconoció las ventajas de la utilización de los mismos. Con respecto a la evaluación general del nivel de conocimiento se demostró que la mayoría de los capacitados obtuvieron conocimientos adecuados. La prueba de hipótesis demostró que existe significación estadística entre el antes y el después por lo que la intervención educativa cumplió con los objetivos propuestos.

Palabras claves: Medicina Natural y Tradicional, Hipertensión Arterial.

## ÍNDICE

Resumen

Introducción -----1

Objetivos -----7

Marco Teórico -----8

Material y Métodos -----18

Análisis y Discusión de los Resultados -----24

Conclusiones -----35

Recomendaciones -----36

Bibliografía -----37

## INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbilidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y renales. Por lo tanto es inconcebible encontrar un país civilizado que no disponga de programas nacionales para el seguimiento y control de esta afección, que merma las estadísticas vitales en la etapa más productiva del ser humano.<sup>(1)</sup>

El tratamiento de la hipertensión arterial está destinado a reducir la morbimortalidad, así como el costo en la sociedad, siendo uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo. Para la sobrepajante mayoría de individuos diagnosticados con hipertensión arterial, el tratamiento es de por vida y está asociado con una reducción de la incidencia de derrame cerebral, infarto agudo de miocardio y de insuficiencia cardíaca.<sup>(1)</sup> La hipertensión arterial afecta a un 25% de la población adulta (60 millones en Estados Unidos y 1.000 millones de personas en todo el mundo) y es la causa principal de mortalidad en el mundo y la etiología más habitual de consulta con el médico; es el factor de riesgo más fácil de reconocer y tratar para reducir las múltiples complicaciones que puede ocasionar.<sup>(2)</sup>

La mayor de Las Antillas presenta un cuadro epidemiológico similar al de las naciones desarrolladas, donde las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen su problema principal de salud. En Cuba los cambios socioeconómicos a partir de 1959 aumentaron la expectativa de vida comparable a países del primer mundo y la HTA constituye uno de los problemas médico sanitarios más importantes de la medicina cubana.<sup>(1, 3)</sup>

A pesar de estos datos y de las pruebas científicas inequívocas de que el tratamiento de la hipertensión puede evitar muchas de estas complicaciones potencialmente

mortales, la hipertensión sigue sin tratarse o con un tratamiento inadecuado en la mayoría de las personas afectadas de todo el mundo, incluidos los países con los sistemas más avanzados de asistencia sanitaria. El tratamiento inadecuado de la hipertensión es un factor esencial que contribuye a algunas de las tendencias adversas seculares observadas desde principios de la década de 1990, como una mayor incidencia de ictus, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal, además de una estabilización de la reducción de la mortalidad por cardiopatía coronaria. La naturaleza asintomática de este trastorno impide una detección precoz, que requiere una medición de la presión arterial con regularidad. <sup>(2)</sup>

Debido a que la mayoría de los casos de hipertensión no pueden curarse, el control de la presión arterial requiere un tratamiento de por vida con fármacos recetados, lo que es costoso y a menudo causa más síntomas que el proceso patológico subyacente. Un tratamiento eficaz requiere una continuidad de la asistencia por un médico habitual y con formación, así como una implicación activa mantenida por parte de un paciente informado. <sup>(2)</sup>

Si se instaura en una fase precoz de la vida y de forma mantenida, las modificaciones del estilo de vida evitarían con seguridad millones de casos de hipertensión. Sin embargo, la prescripción de fármacos de por vida es la piedra angular del tratamiento eficaz, mientras que la modificación del estilo de vida actúa como un complemento, en lugar de como alternativa. El objetivo consiste en reducir la presión arterial y las anomalías metabólicas asociadas lo bastante para disminuir el riesgo de complicaciones cardiovasculares y de nefropatía terminal, sin comprometer la calidad de vida del paciente. Los regímenes multifármacos con dos, tres o incluso más medicamentos de distintas clases farmacológicas suelen ser necesarios para lograr los objetivos de presión arterial recomendados en la actualidad, sobre todo en los pacientes de alto riesgo. <sup>(2)</sup>

Las combinaciones de dosis bajas de fármacos fijos ejercen unos efectos sinérgicos sobre la presión arterial, minimizan los efectos secundarios y reducen la cantidad de

comprimidos, así como el costo. Cada régimen antihipertensivo debería incluir una modificación del estilo de vida. El séptimo informe del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) recomendaba una prueba de modificación del estilo de vida de forma aislada durante un tiempo no especificado (6-12 meses en las directrices previas) antes de prescribir tratamiento antihipertensivo, incluso en pacientes de alto riesgo).<sup>(2)</sup>

El ministerio de Salud Pública dispone de programas nacionales para el seguimiento y control de esta afección. Mediante estos programas se ha logrado conocer la situación actual en Cuba donde se estiman 2 millones de hipertensos aproximadamente, además se precisa que del 30 al 33 % de los habitantes en zonas urbanas del país reporta el padecimiento, sin descartar el 15 % de la rural. Por lo que son preocupantes los estragos del flagelo, si se toma en consideración que un cómputo importante desconoce que la padece.<sup>(3 4, 5, 6)</sup>

En Cuba otro programa que ha despertado gran interés tanto en el cuerpo médico y estudiantil como en la población en general ha sido el Programa de Medicina Natural y Tradicional (MNT), elemento que es muy válido para que las estructuras sociales y económicas, así como para que la comunidad médica universitaria trabajen en aras de avanzar en el proceso de integración de la Medicina Alternativa. La Medicina Tradicional y Natural es uno de los componentes de la Medicina Oriental pero a su vez, uno de los métodos más antiguos que se conocen, creados y desarrollados en los pueblos orientales a lo largo de varios siglos.<sup>(7)</sup>

En 1962 el Dr. Florial Carballo, médico oftalmólogo Argentino que trabajó en Cuba durante 1 año plantea que ya en la primera década de los 70 se empezaba a practicar la Medicina Tradicional y Natural en varias instituciones del país. El Ministerio de Salud Pública se trazó en el año 1992 como directriz el uso de las plantas medicinales, de los recursos naturales, mineros medicinales y el fango, en diferentes afecciones.<sup>(7)</sup>

Otros nombres con que se conoce a esta medicina en Cuba son: Medicina Alternativa, Energética y Naturalista. Es una disciplina capaz de transformar la manera de ver la vida y el universo mismo. Su práctica es tan antigua como la humanidad y forma parte de la cultura universal. La Medicina Tradicional se ha transmitido de generación en generación. Las plantas han sido utilizadas en todo tipo de enfermedades, sin embargo en los últimos tiempos hay una gran motivación hacia los valores y la poca nocividad de esta, no sólo en Cuba, sino a nivel mundial. <sup>(7)</sup>

La riqueza de un país en plantas medicinales y productos opiáceos sólo alcanza su verdadero valor cuando se hace una correcta utilización de ella, por lo que es necesario que sea conocida por todos. Este país posee excelentes condiciones naturales que facilitan el desarrollo de una rica flora y una tradición popular en el empleo de las plantas medicinales y de los productos apícolas. +

#### Problemática

Teniendo en cuenta la situación actual con la escasa o nula disponibilidad de ciertos fármacos convencionales, el Ministro de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, General de Ejército Raúl Castro Ruz, estableció la Directiva 0-26, donde se trazan los lineamientos necesarios para el desarrollo, fortalecimiento y sostenibilidad del Programa de Medicina Natural y Tradicional a todos los niveles, como vía asequible para solucionar numerosos problemas sanitarios. <sup>(4,5)</sup>

En cuanto a la fitoterapia puede decirse que muchas drogas usadas por los antiguos, son empleadas de la misma forma por los médicos de hoy, pues las plantas medicinales constituyen una fuente extraordinaria de materias primas para la industria farmacéutica. Resulta sumamente útil examinar los datos del pasado, reconocer aquellos que han contribuido al desarrollo de la MNT, así como aplicar y perfeccionar esos valiosos conocimientos a medida que avanzan la ciencia y la técnica. <sup>(4,5)</sup>

Datos de otro estudio a nivel nacional, realizado entre el 2003 y 2012, señalan que más del 50 por ciento de los fármacos se prescriben, dispensan y venden de forma inapropiada y la mitad de los enfermos no lo toman correctamente. Señala además que el uso indebido de los medicamentos tiene efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos. Se constató, que aunque los precios de venta a la población de los medicamentos en Cuba han variado, se han incrementado los costos de tratamiento para los pacientes al desplazarse el consumo hacia fármacos más efectivos y seguros, aunque de mayor precio. <sup>(6)</sup>

La provincia Ciego de Ávila no ha quedado fuera de esta situación y se ha reportado una prevalencia al cierre del año 2014 de un 30 %; en el municipio Baraguá de 30.1% y en el área de salud Gaspar de 30.9 %, valores estos que se igualan con la media provincial. En el municipio Baraguá en los últimos años se cumple con los indicadores de este programa, no obstante la utilización de los fitofármacos es más común en las infecciones respiratorias, mientras que en el caso de la hipertensión arterial solo es utilizada por el 23.5% de los hipertensos del municipio según el departamento de estadística municipal. <sup>(8,9)</sup>

Cuando se analizan las principales causas de muerte en el municipio, la segunda y tercera causa son complicaciones de la hipertensión arterial por lo que se considera que existe un gran número de hipertensos no detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados. Teniendo en cuenta esta situación se decide realizar esta investigación en aras de solucionar esta problemática. <sup>(10,11)</sup>

Toda esta situación permite que se plantee la siguiente interrogante.

Pregunta investigativa:

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento en relación a la Hipertensión Arterial y la aplicación de la MNT en pacientes hipertensos del CMF#7 área Gaspar, municipio Baraguá?

La hipótesis de la investigación es:

La intervención educativa, con enfoque participativo es útil si se incrementan los conocimientos sobre HTA y la aplicación de la MNT en pacientes hipertensos del CMF#7 área Gaspar, municipio Baraguá.

## OBJETIVOS

### General

Determinar la utilidad de una intervención educativa sobre la HTA y la aplicación de la MNT en pacientes hipertensos CMF#7 del Área de Salud de Gaspar del municipio Baraguá, durante el período comprendido de junio del 2014 hasta junio del 2015.

### Específicos

- 1- Caracterizar a los pacientes según algunas variables sociodemográficas.
- 2- Evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes antes y después de aplicada la intervención comunitaria.
- 3- Elaborar una estrategia de intervención educativa relacionada con la Hipertensión Arterial y la aplicación de la MNT en el tratamiento.
- 4 -Implementar y evaluar la estrategia de intervención educativa.

## MARCO TEÓRICO

Hubo de transcurrir más de un siglo desde que Harvey demostrara la existencia de la circulación sanguínea hasta que se realizara la primera medición intravascular de la presión arterial en el animal de experimentación, que fue efectuada por su compatriota el reverendo Stephen Haley en 1874. Así mismo fue necesario que pasara otro siglo para que se practicara la misma medición en el hombre en el curso de una amputación por un discípulo de Chaveau, el interno de Lyon, Jules Faivre en 1956, citado por Madariaga en 1986.<sup>(12)</sup>

La historia de la hipertensión es parte de la historia de la medicina en su intento científico de comprender los mecanismos del sistema cardiovascular, la medida de sus valores (presión arterial) y los efectos que produce en la salud. Las evidencias documentales realizadas sobre la hipertensión se remontan al 2600 a.C. e indican que el tratamiento de la denominada "enfermedad del pulso duro" se realizaba mediante técnicas como la acupuntura, o las de reducción de sangre corporal como la venesección controlada y el sangrado provocado mediante sanguijuelas. Las bases para la medida de la tensión arterial se establecieron en los trabajos pioneros de Hales en 1733.<sup>(12)</sup>

La medida de la tensión arterial con carácter clínico no se pudo realizar hasta comienzos del siglo XX, con la invención del esfigmomanómetro y la simple medida indirecta de la tensión arterial detección de los sonidos de Korotkov mediante un estetoscopio. En las primeras décadas de este siglo fue cuando la hipertensión fue considerada como una enfermedad. Anteriormente era interpretada como una consecuencia del envejecimiento debido en parte a su carácter asintomático en la mayoría de los casos. Llegando a creer la comunidad científica que la hipertensión era un fenómeno favorable ya que mejoraba la circulación. Pronto se pudo comprobar que sus efectos eran nocivos en la población.<sup>(12)</sup>

Las restricciones dietarias del sodio fueron impuestas por primera vez en 1904, en el año 1934 el doctor del Duke Hospital, Dr. Walter Kempner. Kempner comenzó a tratar

pacientes con grandes niveles de hipertensión con una dieta de arroz que pronto comenzó a popularizar el propio Kempner ya a comienzos de la década de los cuarenta. La conocida por aquella época como la dieta de arroz de Kempner (1949), se caracterizaba por la baja ingesta de proteínas y de cantidades inferiores a los 0.5 g de sodio por día y era capaz de bajar los niveles de presión arterial a niveles normales en grandes periodos de tiempo (varios meses). El problema era que los pacientes no eran capaces de mantener esta dieta durante periodos de tiempo prolongados. Otras dietas bajas en sodio han sido la denominada Meade-Johnson (200mg.).<sup>(12)</sup>

La relación entre el consumo diario de sal y la hipertensión arterial es tan arraigada a nivel popular a comienzos del siglo XXI que es una de las primeras indicaciones cuando se diagnostica. No obstante, a pesar de que ya aparecen estudios iniciales que indican una posible correlación entre ingesta de sal e hipertensión en el siglo XVII, no obstante la investigación médica no se ha pronunciado determinantemente sobre una de sus causas a finales del siglo XX. Existiendo estudios en los que se logra demostrar una relación evidente entre el consumo de sal y los niveles de presión arterial en más de 10.000 individuos normotensos.<sup>(12)</sup>

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal. Se sabe también que los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres, situación que se modifica cuando la mujer llega a la menopausia.<sup>(15, 16, 17,18)</sup>

Estudios realizados en Cuba explican que la HTA sistémica es el trastorno cardiovascular más frecuente en nuestro país. Casi el 40 % de los adultos de raza negra y más del 50% de la población total mayor de 60 años padece esta

enfermedad y su prevalencia oscila entre un 33% de la población mayor de 15 años.  
(19)

La clasificación de la presión arterial según sus cifras para adultos de 18 años o más, se dice: normal cuando las cifras de presión arterial se encuentran menores de 120 mmHg sistólica y menor de 80 mmHg diastólica. Pre hipertensión: cuando las cifras de presión arterial se encuentran entre 120-139 sistólica y 80-89 diastólica. Hipertensión estadio I: cuando las cifras de presión arterial se encuentran entre 140-159 sistólica y 90-99 diastólica. Hipertensión estadio II: cuando las cifras de presión arterial se encuentran entre 160-179 sistólica y 100-109 diastólica. Hipertensión estadio III: cuando las cifras de presión arterial se encuentran entre 180 y más sistólica y 110 y más diastólica. (20,21)

La Hipertensión esencial (denominado también hipertensión primaria o hipertensión idiopática) es la definición de una hipertensión que surge sin causa específica identificable. La hipertensión secundaria, por el contrario, es una hipertensión de causa conocida. Este tipo de hipertensión sin causa específica afecta al diez por ciento de la población mundial, y se considera que es responsable del ochenta por ciento de los casos clínicos. Otros autores mencionan porcentajes superiores en torno al 95% de la población, apuntando en sus estudios a condiciones e interacciones ambientales y factores genéticos. (21,22)

La prevalencia de la hipertensión esencial se ve incrementada con la edad de los pacientes, e individuos con relativamente alta presión arterial a edades jóvenes tienen un alto riesgo de desarrollar hipertensión a edades más maduras. Puede evolucionar lentamente a una hipertensión con la edad (denominada hipertensión benigna, término actualmente en proceso de desuso), o rápidamente (hipertensión maligna). Afecta con mayor proporción a las mujeres que a los hombres. (23,24)

La Medicina Natural y Tradicional se introduce en América Latina en el año 1948 y en los años 60 se comienza a propagar en Cuba, a finales de los años 80 se establece el primer Plan de Desarrollo de MNT por el MINSAP y en 1991 el Comandante en

Jefe orienta iniciar el Programa. En Cuba en los últimos años, ha habido un incremento de la morbimortalidad por hipertensión arterial, ya que generalmente la misma se trata con fármacos convencionales y solo se usa la medicina verde para las afecciones respiratorias, renales y parasitarias, por lo que no se explota el potencial curativo de los fitofármacos en la hipertensión. <sup>(12, 13,14)</sup>

Debe tenerse presente que la MNT no ocasiona efectos secundarios y en caso de producirlo es fácilmente asimilado por el paciente y con una misma modalidad se pueden abordar varias manifestaciones patológicas relacionadas con la HTA, el tratamiento es cíclico y no continuo, como en el caso de los fármacos, y en la mayoría la estabilización de la presión arterial ocurre a los pocos días de comenzado el tratamiento y se mantiene después de suspendido éste, quedando claro que el costo, tanto para la economía del estado como para del propio paciente, disminuye, aumentando al mismo tiempo el beneficio para la salud del paciente principalmente. <sup>(12,13,14)</sup>

Los fitofármacos han sido utilizados médicamente desde épocas muy antiguas e incluso todavía hoy forman parte de la medicina popular en muchas culturas. En los últimos tiempos se ha incrementado el número de estudios sobre la efectividad de los mismos y sobre su papel en el tratamiento de diversas enfermedades. El Dr. Florial Carballo plantea que dentro de los fitofármacos, el ajo reduce rápidamente la tensión arterial, mostrando efectos positivos que han despertado expectativas en cuanto a su uso en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. <sup>(7)</sup>

La Medicina Natural y Tradicional refiere que la hipertensión se produce por: calor en el hígado, flema y humedad del hígado y vacío de riñón, explica además que una planta medicinal es un recurso, cuya parte o extractos se emplean como drogas en el tratamiento de alguna afección. La parte de la planta empleada medicinalmente se conoce con el nombre de droga vegetal, y puede suministrarse bajo diferentes formas galénicas: cápsulas, comprimidos, crema, decocción, elixir, infusión, jarabe, tintura, ungüento, etc. El uso de

remedios de origen vegetal se remonta a la época prehistórica, y es una de las formas más extendidas de medicina, presente en virtualmente todas las culturas conocidas. <sup>(25)</sup>

La industria farmacéutica actual se ha basado en los conocimientos tradicionales para la síntesis y elaboración de fármacos, y el proceso de verificación científica de estas tradiciones continúa hoy en día, descubriéndose constantemente nuevas aplicaciones. Muchos de los fármacos empleados hoy en día replican sintéticamente o aíslan los principios activos de remedios vegetales tradicionales conocidos incluso desde épocas prehistóricas. <sup>(15,16)</sup>

Un estudio realizado en la provincia de Santiago de Cuba, municipio San Luis, durante el segundo semestre del 2011, sobre fitoterapia para el control de la hipertensión en los pacientes del CMF Paraíso 1, arrojó como resultado que, a un universo de 45 pacientes hipertensos pesquisados se le suspendió el tratamiento farmacológico y se le administro solamente tratamiento con fitofármacos, gracias a una intervención educativa donde se les explico la importancia del estudio. <sup>(26)</sup>

Entre los fitofármacos utilizados figuraron: tintura de caña santa (20 gotas en medio vaso de agua, 2 a 3 veces al día, en dependencia de la respuesta), tintura de ajo y albahaca morada, combinada de igual forma que la anterior. Durante el primer mes se siguió la evolución por semanas y con carácter individual, sobre la base de las siguientes respuestas: desaparición de la crisis (parcialmente controlados en la mayoría de los casos). Crisis de moderada intensidad (ligero o moderado control en la minoría de los casos). No aparición de otras manifestaciones clínicas (en todos los casos por que estuvieron bien controlados). Sin mejoría (no controlado, en ninguno de los casos). <sup>(27, 28,29)</sup>

A los efectos del estudio se utilizaron estas 4 categorías. Controlado: cuando mantuvo cifras tensionales dentro de los límites normales. Parcialmente controlado: cuando presentó inestabilidad en las cifras normales de tensión arterial. No controlado: cuando no mantuvo cifras tensionales dentro de límites normales. Ligero y moderado: categorías incluidas en la clasificación de los pacientes hipertensos.

Tomando en cuenta los gastos de un tratamiento convencional y comparándolo con los de un tratamiento con fitofármacos, podemos percatarnos de que los inhibidores de la enzima convertasa (entre ellos el captopril), resulto ser el más consumido, por ende, el más costoso. Por su parte los fitofármacos, entre ellos el más consumido, la tintura de ajo, sola o combinada con otros fitofármacos, resulto ser más eficaz y económica.<sup>(27, 28,29)</sup>

Otro estudio realizado en el 2013 en Guantánamo sobre la tintura de ajo en el tratamiento de la HTA demostró la acción beneficiosa del ajo sobre la tensión arterial y otros problemas de salud, que a su vez ha sido descrita por diferentes autores, entre ellos, García Gómez, el que señala que se ha podido comprobar que los preparados de Tintura de ajo en el tratamiento de la hipertensión y la cefalea influyen favorablemente en la vitalidad de los pacientes en varios sentidos: aumenta su actividad física, el estado de ánimo y disminuye el cansancio, la ansiedad, irritación y la tensión arterial.<sup>(7)</sup>

La actividad hipotensora del ajo ha sido informada en ratas y en seres humanos, administrada por vía oral. Es un vasodilatador coronario y su actividad está reforzada por sus cualidades diuréticas, antiagregante plaquetario e hipocolesterolémico. En lo concerniente a la toxicidad, el zumo del diente de ajo agregado al agua para beber a dosis de 5 % en la dieta de la rata no reportó ningún efecto tóxico notable. Los buenos resultados obtenidos con la tintura de ajo sustentó el criterio favorable de casi todos los pacientes que la recibieron dado que experimentaron mejoría o eliminación de los síntomas de su dolencia.<sup>(7)</sup>

También los enfermeros(as) que aplicaron la tintura de ajo la consideraron de utilidad al observar una obvia mejoría en sus pacientes. El uso de la tintura de ajo en este trabajo produjo un ahorro de \$ 171,29 demostrando que la Medicina Tradicional puede contribuir a mejorar estados de salud y ser económica. Finalmente se pudo concluir que la tintura de ajo es válida para el tratamiento de la hipertensión y es mucho más barata. El mayor porcentaje de los pacientes resolvió o mejoró los

síntomas de su dolencia con este producto en menos tiempo en relación con el tratamiento convencional. El criterio de los pacientes tratados con la tintura fue muy bueno. Todas las enfermeras consideraron útil el uso de la tintura de ajo y la aplicaron considerando que existe una clara comprensión de los beneficios que esta reporta. <sup>(7)</sup>

Cabe recalcar que para el control de un paciente hipertenso, un paso importante es la educación, la misma debe de ser orientada por el médico de asistencia de forma sistemática, y apoyado por el equipo básico de salud y otros que, en su labor conjunta influirán de forma positiva en los cambios del estilo de vida del paciente cuando proceda, quedando claro que en la educación del paciente hipertenso se han logrado resultados relevantes como la reducción de factores de riesgo en el 25% de los casos y han adquirido conocimientos de la enfermedad más del 90% de los pacientes entrenados siempre en correspondencia con su nivel de escolaridad, según un estudio realizado por Benavides en el año 2008. <sup>(30, 31,32)</sup>

En las sociedades industrializadas, la presión sistólica aumenta de forma progresiva con la edad; si las personas viven lo suficiente, casi todas (> 90%) desarrollan hipertensión. Este incremento de la presión arterial dependiente de la edad no es una parte esencial de la biología humana. En las sociedades menos industrializadas, donde el consumo de calorías y sal es bajo, las presiones arteriales permanecen bajas y no se elevan con la edad. En las sociedades industrializadas, la presión arterial se eleva hasta los 50 años de edad y disminuye después, los pacientes que desarrollan hipertensión antes de los 50 años suelen tener una hipertensión combinada sistólica y diastólica: la presión sistólica está por encima de 140 mmHg y la diastólica es superior a 90 mmHg. Por el contrario, la mayoría de los pacientes que desarrollan hipertensión después de los 50 años de edad tienen una hipertensión sistólica aislada: presión sistólica mayor de 140 mmHg y presión diastólica menor de 90 mmHg (a menudo menor de 80 mmHg) <sup>(2, 8,18)</sup>

Antes de los 50 años de edad, la prevalencia de hipertensión es un poco menor en mujeres que en varones, lo que sugiere un efecto protector de los estrógenos. Después de la menopausia, la prevalencia de la hipertensión aumenta con rapidez en las mujeres y supera a la de los varones. <sup>(2, 8,18)</sup>

En Estados Unidos, un 33% de las personas afroamericanas tiene hipertensión, en comparación con un 25% de las de raza blanca y de los mexicanos estadounidenses. En los afroamericanos, la hipertensión también comienza a una edad más joven, es más grave y causa un mayor daño de los órganos, lo que culmina en discapacidad prematura y en el fallecimiento. En el Estudio Cardíaco Bogalusa, ya en la escuela primaria se encontraron cifras más elevadas de presión arterial en niños afroamericanos que en los de raza blanca. Sin embargo, la hipertensión es más prevalente en las poblaciones de raza blanca de varios países europeos (Finlandia, Alemania, España) que en los afroamericanos y es infrecuente en los africanos que viven en África <sup>(2, 8,18)</sup>

En el Estudio Cardíaco Framingham, se estimó que la obesidad justifica hasta un 60% de los nuevos casos de hipertensión. La ingesta dietética de sodio es otro determinante conductual clave de la hipertensión humana. En el estudio INTERSALT de 52 lugares de todo el mundo, el riesgo de desarrollar hipertensión durante 3 décadas de la vida adulta presentaba una estrecha relación lineal con la ingesta dietética de sodio. <sup>(2, 8,18)</sup>

Debido a que la presión arterial suele variar a lo largo de un período de 24 horas, en muchas ocasiones se requiere realizar múltiples mediciones para obtener una imagen clara de la presión arterial «habitual» de una persona. Por este motivo, no se debería diagnosticar un cuadro de hipertensión basándose sólo en una única medición elevada. Para minimizar la variabilidad en las mediciones en consulta, la presión arterial debería medirse al menos dos veces después de 5 minutos de reposo con el paciente sentado, la espalda apoyada y el brazo descubierto, con el manguito a nivel del corazón. El error más frecuente a la hora de medir la presión

arterial es utilizar un manguito estándar que sea demasiado pequeño para un brazo voluminoso, lo que produce una medición falsamente elevada. La mayoría de los adultos con sobrepeso requerirán un manguito de «talla grande para adultos». <sup>(2, 8,18)</sup>

El tabaco y la cafeína deberían evitarse durante al menos 30 minutos. Para evitar la subestimación de la presión sistólica en las personas mayores que pueden tener un «hiato auscultatorio» debido a la arteriosclerosis, debería realizarse la palpación de la arteria radial para estimar la presión sistólica; a continuación, el manguito debería inflarse a un valor 20 mmHg superior al nivel que oblitere el pulso radial y desinflarse a una velocidad de 3-5 mmHg/seg. La presión arterial debería medirse en ambos brazos y después de 5 minutos de bipedestación para excluir una disminución postural significativa de la presión arterial, sobre todo en las personas mayores y en las que tienen diabetes u otras enfermedades (p. ej., enfermedad de Parkinson) que predisponen a una insuficiencia neurovegetativa. <sup>(2, 8,18)</sup>

En la mayoría de las personas con esta entidad clínica los principales riesgos asociados guardan relación íntima con las condiciones de riesgo modificables, de ellos resaltan los hábitos tóxicos como el alcoholismo, tabaquismo, ingestión de café, así como el estrés, la obesidad y los malos hábitos dietéticos ya que no se deben a las alteraciones que ocurren en órganos clave como: corazón, riñones, cerebro, vasos sanguíneos y ojos, sino al aumento tensional en sí. Clínicamente la HTA puede evolucionar sin síntomas, pero los más frecuentes suelen ser la cefalea occipital matutina, la visión borrosa, el zumbido de oído, la sensación de inestabilidad, la falta de aire, principalmente durante la noche, y la confusión mental. <sup>(33)</sup>

Las medidas dirigidas a toda la población con el objetivo de disminuir las cifras medias de tensión arterial pueden tener efectos fabulosamente buenos en la morbilidad de enfermedades asociadas a la HTA, por ejemplo: una disminución de un 4% de la cifra de tensión arterial podría estar acompañada por la disminución del 9%

de la mortalidad por Cardiopatía Isquémica y el 20% por Accidente Vascular Encefálico.<sup>(34)</sup>

Por la importancia del control de la HTA como enfermedad y a su vez como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, el conocimiento cabal del modo de activación del personal de salud que labora en la atención primaria de salud, constituye un objetivo y propósito de primer orden en cualquier sistema de salud. Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento, lo que imposibilita que se realice un buen diagnóstico y provoca un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.<sup>(34)</sup>

Debido a un aumento de la morbimortalidad en casos de prevalencia de pacientes hipertensos, producto de mal tratamiento de la enfermedad por causas diversas, se decide realizar un trabajo de pesquisa para determinar las causas e introducir paralelamente un tratamiento con fitofármacos una vez logrado que la comunidad haya adquirido un alto grado de conocimiento respecto a la importancia y ventajas de la medicina natural y tradicional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) para evaluar la utilidad de una intervención educativa sobre la Hipertensión Arterial y la aplicación de la MNT en pacientes hipertensos del consultorio 7, área de Gaspar del municipio Baraguá, durante el período comprendido de junio del 2014 hasta junio del 2015. Con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre la Hipertensión Arterial y el uso de fitofármacos en su tratamiento.

El universo de estudio estuvo conformado por 68 pacientes que constituyen la totalidad de los hipertensos mayores de 15 años registrados dispensarialmente en las historias clínicas familiares e individuales en el consultorio antes mencionado, a los que se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión quedando finalmente constituida la muestra por 60 personas que representan el 88.2% del universo.

Criterios de inclusión:

Población hipertensa mayor de 15 años de edad, residentes en el consultorio 7 Área de Salud de Gaspar, que expresen su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Personas que se nieguen a participar.

Personas incapacidad física o mental

Enfermedad hipertensiva durante el embarazo.

Residentes temporales en el área de salud: extranjeros y cubanos

Criterios de salida

Abandono por decisión propia

Que se encuentren fuera del área de salud en el momento del estudio

Fallecimiento en el momento del estudio.

Consideraciones éticas.

Se les informó a los participantes que serían incluidos en un estudio con el objetivo de explorar y mejorar su conocimiento sobre la Hipertensión Arterial y la utilización de la MNT. Se solicitó su consentimiento (Anexo No.1), así como se respetó su decisión de participar o no en la intervención.

Método de recolección de Datos: Se utilizó la encuesta (Anexo No.2).

#### Procedimiento

A todas las personas que quedaron incluidas en el estudio, previo consentimiento informado, en un primer momento se les aplicó la encuesta inicial (Anexo No.2) para diagnosticar el nivel de conocimiento que tenían las personas acerca de las variables de estudio y conocimientos generales del tema.

En un segundo momento se pone en práctica la intervención educativa que se basa en un programa educativo el cual se diseñó teniendo en cuenta las brechas existentes en los conocimientos sobre la enfermedad y a partir de una revisión bibliografía exhaustiva, este programa responde a la necesidad creciente en la población de elevar los conocimientos sobre la Hipertensión Arterial y la utilización de la MNT permitiendo un mayor control de la enfermedad. En este programa se enfatizan los principios didácticos que aseguran una mejor atención a las particularidades sobre el tema de forma que se logre una asimilación activa y consciente de los conocimientos.

El programa educativo constó de 6 temas que fueron impartidos en 11 sesiones: 6 conferencias y 5 clases prácticas; con una frecuencia semanal, y por espacio de 11 semanas, a dos subgrupos compuestos por 30 y 30 personas cada uno, donde se cumplieron los objetivos propuestos para la investigación (Anexo No.3).

En el tercer y último momento se realizó la evaluación final de la intervención a través de la aplicación de la encuesta (Anexo No.2), la evaluación se basó en el nivel general de conocimientos y particular de cada una de las variables de estudio (edad, sexo, color de la piel, concepto de hipertensión arterial, manifestaciones clínicas de la enfermedad, factores de riesgo, principales fitofármacos que se utilizan y ventajas de la utilización de los fitofármacos).

El Programa Educativo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron los siguientes:

Métodos del nivel teórico:

Análisis histórico – lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre la hipertensión arterial y la MNT.

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: Permitió que en la investigación se establecieran generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético – deductivo: Permitió deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.

Sistémico estructural: Permitió la organización del Programa, a partir de la determinación de sus temas y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar una nueva estructura como totalidad.

Métodos empíricos:

La encuesta (Anexo No.2): Se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a las personas hipertensas que constituyeron la muestra de estudio para evaluar los conocimientos de los mismos acerca de la Hipertensión Arterial y el uso de la MNT. La misma fue validada en un pilotaje de 10 personas que integran la muestra de acuerdo a los objetivos propuesto por nuestros investigadores, en el período de estudio antes mencionado para determinar el nivel de comprensión de las preguntas.

Métodos estadístico –matemático

Estadístico-descriptivo: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se

utilizaron los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes.

Prueba McNemar: Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado. Se aplicó la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de las variables en estudio, es decir aceptable (1) e inaceptable (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es de utilidad.

H1: La metodología de intervención es de utilidad.

Esta prueba permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en este diseño del tipo antes-después.

Con la utilización del SPSS se puede aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad  $p$ . En caso de que  $p \leq 0.05$  entonces existe significación y rechazo la hipótesis Ho.

Si ji-cuadrado calculada ( $X^2$ ) es mayor que la ji-Cuadrado Tabulado

( $X^2_{(0.95)}^{(n-1)(k-1)}$ ) entonces rechazamos  $H_0$  y aceptamos  $H_1$ .

Proporción de cambios:

$$X^2 = \frac{(A-D)^2}{n-1}$$

Región crítica:

A+D

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3.84$$

Se rechaza  $H_0$ , por lo que la intervención educativa es efectiva.

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADORES
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenina	Según sexo biológico de pertenencia	Porcentaje según categorías
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanco Mestizo Negro	Según color de la piel	Porcentaje según categorías
Edad	Cuantitativo Continua	15-19 20-24 25-59 60-64 65y mas	Según último año cumplido	Porcentaje según categorías
Nivel de Conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica.	Satisfactoria Insatisfactoria	Validación según cuestionario (*)	Porcentaje según categorías

(\*) Validación del cuestionario:

Nivel de conocimiento en general sobre la hipertensión arterial y la utilización de fitofármacos.

La evaluación fue integral ya que tuvo en cuenta los cuatro elementos que posteriormente se expondrán y se dio una puntuación de veinte puntos en cada uno y se califica de las siguientes formas:

Adecuada: Cuando haya contestado correctamente como se expone posteriormente y haya obtenido de 70 - 100 puntos en la evaluación.

Inadecuada: Cuando haya contestado incorrectamente como se expone posteriormente y haya obtenido menos de 70 puntos en la evaluación.

Pregunta 4: Concepto de hipertensión arterial

Para obtener una evaluación adecuada debe considerarse verdaderos el inciso a y falsos los restantes; aprobando al marcar correctamente el inciso. El máximo de puntos es 5.

Pregunta 5: Manifestaciones clínicas.

Para obtener una evaluación adecuada debe marcar con una X los incisos b y e y falsos los restantes; aprobando al marcar como mínimo correctamente 2 incisos. El máximo de puntos es 5.

Pregunta 6: Factores de riesgo de la hipertensión arterial.

Para obtener una evaluación adecuada debe marcar con una X los incisos d y e y falsos los restantes; aprobando al marcar como mínimo correctamente 2 incisos. El máximo de puntos es 5.

Pregunta 7: Principales fitofármacos.

Para obtener una evaluación adecuada debe marcar los incisos a, c, e y f aprobando al marcar correctamente como mínimo 3 incisos.

Pregunta 8: Ventajas de la utilización de fitofármacos.

Para obtener una evaluación adecuada debe poner al menos 3 ventajas.

Los resultados se expresaron en forma cuantitativa con antes y después en diferentes tablas los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones y se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecido por el departamento de Investigación y Postgrado de la Facultad de Ciencias Médica de Ciego de Ávila.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Intervención comunitaria sobre Hipertensión Arterial y utilización de la Medicina Natural y Tradicional, consultorio 7 del área Gaspar.

Tabla 1. Distribución de la población hipertensa según edad .Consultorio 7 área Gaspar .Municipio Baraguá.2015.

Grupos de edades	No.	%
15-19años	1	1.7
20-24 años	2	3.3
25-59 años	12	20
60-64años	20	33.3
65y más años	25	41.7
Total	60	100

Fuente. Cuestionario

La tabla muestra que el mayor índice de hipertensos de la población en estudio se encuentra en las edades comprendidas por encima de los 50 años incrementándose el número luego de los 65 años de edad, hallazgo que se corresponde con la literatura que plantea que a mayor edad aumenta el riesgo de padecerla de forma progresiva .Este resultado coincide con varios autores cubanos como es el caso de Blanco Domínguez y Castañeda Arias quienes describen que existe un predominio de las mujeres y que tanto en los del sexo femenino como en los del masculino hay mayor frecuencia en los ubicados en el grupo de 60 años. Además Loyola Cabrera en su investigación encontró un aumento después de los 40 años llegando a alcanzar los mayores valores en el grupo 65 y más. <sup>(35, 36,37)</sup>

Geriatras cubanos detallan que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero lleva consigo una disminución gradual de las capacidades funcionales de los órganos y del organismo como un todo, contribuyendo a la aparición de enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la osteoartrosis y la diabetes mellitus. <sup>(36,37)</sup>

Si se tiene en cuenta que las edades donde con mayor frecuencia se presenta la enfermedad coincide con la etapa de la vida donde el ingreso monetario es menor, pues en su mayoría es adquirido mediante el pago de la jubilación, se hace necesario lograr que el paciente hipertenso consuma un tratamiento que logre el control de su presión arterial y a su vez no repercuta significativamente el ingreso económico de las personas, como es el caso de la utilización de la medicina natural y tradicional y que a su vez reduce efectos secundarios del tratamiento medicamentoso

Tabla 2. Población hipertensa según sexo.

Sexo	No. De casos	%
Femenino	38	63.3
Masculino	22	36.6
Total	60	100

Fuente. Cuestionario

Con la investigación se evidenció el predominio del sexo femenino con un 63.3% de hipertensos pertenecientes a este sexo. Estos resultados coinciden con autores como Loyola Cabrera que reportan un predominio del sexo femenino en pacientes afectadas por la hipertensión arterial sobre todo después de los 60 años <sup>(37)</sup>. Resultados similares se han obtenido en países de Centroamérica donde la HTA predominaba en el sexo femenino y que la prevalencia de hipertensión arterial aumentó con la edad y fue mayor en las mujeres que en los hombres a partir de los 40 años. <sup>(36,37)</sup>.

Relacionado con el sexo señala la literatura que esta enfermedad es más frecuente en los hombres antes de los 50 años y después de esta edad las cifras se invierten dada esta situación al déficit estrogénico posterior a la pérdida de la función ovárica lo que puede originar un daño endotelial, así como favorece la dislipidemia aumentando el riesgo cardiovascular de la mujer en esta etapa de la vida. <sup>(38)</sup>

Cuando se analizan estos resultados se evidencia la necesidad de crear una herramienta capaz de ampliar el nivel de conocimiento a la población y fundamentalmente a la mujer logrando que sea capaz de identificar los cambios fisiológicos que en ella ocurren y las posibles consecuencias de los mismos como es el caso de la aparición de la hipertensión arterial.

Tabla 3. Distribución de la población hipertensa según color de la piel.

Color de la piel	Nº de casos	%
Blanco	3	5
Mestizo	34	56.6
Negro	23	38.4
Total	60	100

Fuente. Cuestionario

En la tabla 3, la distribución de los casos según el color de la piel corresponde al 56.6% del total a los mestizos seguido de los de color de piel negra mientras que los de color blanco representan el menor porcentaje con solo un 5 %. Resultados provinciales semejantes han obtenido González Pérez en el municipio Chambas y Loyola Cabrera en el área centro de Ciego de Ávila los que describen una mayor prevalencia de hipertensos en las personas de color de piel negra.<sup>(37,39)</sup>

Es señalado por varios autores cubanos una gran variabilidad en los resultados de estudios respecto al color de la piel, y su relación con la hipertensión arterial dado por la composición étnica de nuestro medio y la igualdad de acceso a las acciones de salud en el país, pero se detalla que los hipertensos de color de piel negra, presentan una mayor tendencia a las formas más graves de la enfermedad, mayor susceptibilidad a lesiones en órganos diana, complicaciones de índole vascular y muerte.<sup>(14, 18, 29 ,30).</sup>

Otro estudio realizado reportó que el color de piel negra incrementaba en 3 veces el riesgo de enfermar de hipertensión arterial, discordando de los obtenidos en este trabajo, mientras que por otra parte Terazón Miclín y colaboradores determinan en sus resultados que el color de piel no tenía influencia en la aparición de la enfermedad en la población de su estudio. <sup>(40)</sup>

Por tanto, si se tiene en cuenta que las personas de color de piel mestiza y negra son las más frecuentes en la comunidad donde se realiza el estudio se hace necesario un diagnóstico oportuno para instaurar un tratamiento enérgico desde etapas tempranas de la enfermedad y de esta forma evitar las complicaciones que pudieran aparecer.

Tabla 4. Evaluación del nivel de conocimiento sobre hipertensión antes y después de la intervención educativa.

Concepto de Hipertensión	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	18	30	55	91.4
Inadecuado	42	70	5	8.6
Total	60	100	60	100

Fuente. Cuestionario

McNemar

$$X^2 = 136,34 \quad X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p \approx 0,000^1$$

La tabla 4 muestra el nivel de conocimiento que posee la población pesquisada sobre el tema donde un 70 % de la muestra desconoce sobre la enfermedad y el 30 % responde de forma adecuada. Después de realizada la intervención educativa el número de individuos con conocimientos adecuados se elevó a 91.4% y el 8.6% del total se mantuvo con conocimientos inadecuados. Cuando se analizan estadísticamente los resultados obtenidos después de aplicar la intervención

educativa se demuestra a través de la Prueba del McNemar que ( $p \approx 0,000^1$ ) por lo que fue altamente significativo, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

Cabe destacar que pese a todo el esfuerzo y recursos que el país ha puesto a disposición de los servicios de la salud, el conocimiento de la población aun no es el adecuado para tener una cultura sanitaria que ayude a prevenir y reducir la morbimortalidad por hipertensión arterial.

Tabla 5. Evaluación del nivel de conocimiento sobre manifestaciones clínicas de la Hipertensión antes y después de la intervención educativa.

Conocimiento sobre las manifestaciones clínicas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	21	35	52	96.6
Inadecuado	39	65	7	3.4
Total	60	100	60	100

Fuente. Cuestionario.

McNemar

$$X^2 = 172,0$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p \approx 000.0^1$$

La Tabla 5 muestra que una vez aplicada la encuesta inicialmente solo el 35% del grupo tenían conocimientos adecuados sobre el tema, una vez desarrollada la intervención se eleva este porcentaje a un 96.6% pues se logran modificar los conocimientos en 52 de los encuestados.

Cuando se analizan estadísticamente los resultados obtenidos después aplicar la intervención educativa se demuestra a través de la Prueba de McNemar que ( $p \approx 000.0^1$ ) por lo que fue altamente significativo, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$

Este resultado muestra la utilidad de las pesquisas con posteriores intervenciones educativas como herramientas para la elevación del nivel de conocimientos sobre determinadas temáticas, coincidiendo con el estudio del Dr. Yunier Ríos en su Intervención Educativa sobre Hipertensión donde, el 4% de la población tenía un nivel de conocimientos insuficientes sobre la temática antes de la intervención y después de aplicado un programa educativo el mismo se elevó en un 82.8%.<sup>(41)</sup> Muchos de los síntomas que causa la hipertensión arterial, frecuentemente son atribuidos por el propio paciente a otras causas como son las oftalmológicas u ortopédicas sin dar importancia a la enfermedad hipertensiva y sus desenlaces si no se trata adecuadamente.

Tabla 6. Evaluación del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión antes y después de la intervención educativa.

Conocimientos sobre factores de riesgo de Hipertensión arterial.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	17	28.3	60	100
Inadecuados	43	71.7	0	0
Total	60	100	60	100

Fuente. Cuestionario

Fuente: Operacionalización Anexo 5. Tabla 3-a.

McNemar:  $X^2 = 174,0$                        $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84$      $p \approx 000.0^1$

El conocimiento sobre los factores de riesgo se evidencia en la tabla 6, demostrando un desconocimiento de la población antes de la intervención el 71.7% con un total de 43 personas, y teniendo conocimiento de la patología el 28.3% para un total de 17 personas. Luego de aplicada la intervención educativa se demuestra una elevación del nivel de información de los participantes lográndose el 100% de las respuestas correctamente.

Cuando se analizan estadísticamente los resultados obtenidos después aplicar la intervención educativa se demuestra a través de la Prueba del McNemar que ( $p \approx 000.01$ ) por lo que fue altamente significativo, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

Estos datos se corresponden con lo revisado en la literatura nacional e internacional sobre la importancia de las pesquisas activas para posteriores intervenciones educativas, dónde la mayoría de los autores como Delamorit resaltan que la intervención educativa es una labor que contribuye a dar soluciones y a profundizar el nivel de conocimientos de la población pesquisada. <sup>(42)</sup>

En la actualidad se plantea que la interacción de factores genéticos y ambientales interviene en la génesis de la hipertensión arterial, estudios de factores de riesgo han indicado que más de la mitad de las variaciones de la presión arterial en la población son explicadas por factores como la herencia, la obesidad y el sedentarismo. <sup>(40)</sup>

Los factores de riesgo de las enfermedades crónicas como es el caso de la hipertensión arterial son en su mayoría factores de riesgo modificables, es por eso que la población hipertensa debe conocerlos y ser capaz de concientizarse para reducirlos al mínimo posible, aunque sea esta una tarea bien difícil, pues por todos es conocido que conocimientos y modificación de estilo de vida no son sinónimos si no que uno es el complemento del otro.

Tabla 7. Evaluación del nivel de conocimiento sobre principales fitofármacos utilizados en la Hipertensión antes y después de la intervención educativa.

Conocimientos de los principales fitofármacos en el tratamiento de la	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	3	5	59	99
Inadecuados	57	95	1	1
Total	60	100	60	100

Fuente. Cuestionario

McNemar

$$X^2 = 214,0 \quad X^2_{(0,95)}^{(1)} = 3,84 \quad p \approx 0,016$$

En la tabla 7 presentamos los conocimientos que tienen los pacientes sobre los fitofármacos utilizados en la hipertensión. Se obtuvo significación estadística debido a que después de la intervención se logró modificar en gran medida la percepción que tenían ya que el 99 % de los pacientes modificó sus conocimientos con respecto al valor y utilidad de los fitofármacos para tratar la hipertensión y solo el 5 % de los pesquisados presentaban claras definiciones respecto a este tema antes de la misma.

Si se analiza estadísticamente los resultados obtenidos después de aplicar la intervención educativa a través de la Prueba del McNemar se demuestra que ( $p \approx 0,016$ ) por lo que fue altamente significativa, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

Coinciden estos resultados con los de un estudio realizado en el contexto del Consultorio Médico Paraíso 1 ubicado en el municipio San Luis de la provincia Santiago de Cuba durante el segundo semestre del 2011, donde controlaron la hipertensión solo con fitofármacos a la mayoría de los pacientes en estudio, lo que avala las ventajas del tratamiento con fitofármacos y la necesidad de las intervenciones educativas para propagar su uso <sup>(26)</sup>.

Cabe destacar que la población en general tiene conocimiento de una amplia gama de plantas medicinales y de otras formas de medicina natural y tradicional pero,

desconocen sus correctas aplicaciones y formas de utilizar en las diferentes enfermedades y por ende en la HTA.

Tabla 8. Evaluación del nivel de conocimiento sobre ventajas del uso de fitofármacos en el tratamiento de la Hipertensión antes y después de la intervención educativa.

Conocimientos ventajas del uso de fitofármacos en el tratamiento de la	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	3	5	58	98
Inadecuados	57	95	2	2
Total	60	100	60	100

Fuente. Cuestionario

McNemar

$$X^2 = 24,0 \quad X^2_{(0,95)}^{(1)} = 3,84 \quad p \approx 0,026$$

En la tabla 8 presentamos los conocimientos que tienen los pacientes sobre las ventajas del uso de los fitofármacos utilizados en la hipertensión. Se obtuvo significación estadística debido a que después de la intervención se logró modificar en gran medida la percepción que tenían ya que el 98 % de los pacientes modificó sus conocimientos con respecto al valor y utilidad de los fitofármacos para tratar la hipertensión y solo el 5 % de los pesquisados presentaban claras definiciones respecto a este tema antes de la misma.

Si se analiza estadísticamente los resultados obtenidos después de aplicar la intervención educativa a través de la Prueba del McNemar se demuestra que ( $p \approx 0,026$ ) por lo que fue altamente significativa, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

Coinciden estos resultados con los de un estudio realizado por las Licenciadas Susel y Yamila Ávila en el 2011 sobre control de la hipertensión solo con la utilización de fitofármacos <sup>(26)</sup>, demostrando el potencial curativo y el amplio espectro de aplicaciones de los fitofármacos.

Tabla 9. Evaluación del nivel de conocimiento general sobre utilización de fitofármacos en el tratamiento de la hipertensión antes y después de la intervención educativa.

Nivel general posterior a la intervención educativa.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuados	0	0	42	70
Inadecuados	60	100	18	30
Total	60	100	60	100

Fuente. Cuestionario

McNemar

$$X^2 = 168,0$$

$$X^2_{(0,95)}^{(1)} = 3,84 \quad p \approx 000.0^1$$

La tabla 9 demuestra que el instrumento aplicado antes de la intervención permitió determinar el nivel de conocimiento que tenían las personas sobre la hipertensión y después evaluar la utilidad del Programa Educativo quedando estadísticamente demostrado que el ji-cuadrado calculado ( $X^2$ ) es mayor que la ji-Cuadrado Tabulado, es decir, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) por lo que se considera que resultó útil la intervención educativa en la consecución de los objetivos que persiguió.

Lo que se corresponde con un estudio realizado en el Hospital General Docente "Dr. Agosthino Neto" de la provincia Guantánamo que valida la tesis de que las intervenciones educativas constituyen una herramienta efectiva para elevar el nivel de preparación de la población aun cuando muestren niveles de conocimientos casi nulo<sup>(7)</sup>. Concuera además con otro estudio realizado que demostró que todos los casos de prevalencia de hipertensión tenían conocimiento de lo imprescindible para convivir con la enfermedad y mantenerse compensados reduciendo así las complicaciones por la misma.<sup>(43)</sup>

Con este trabajo se consolidó el correcto conocimiento sobre las bases que tenía la población acerca de la hipertensión y de la utilización, de forma correcta, de la medicina natural y tradicional para la reducción de la morbimortalidad.

CONCLUSIONES

Con esta intervención educativa sobre la utilidad de los fitofármacos en el tratamiento de la hipertensión arterial en el área de Gaspar del Municipio Baraguá se logró incrementar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial, sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo, principales fitofármacos y ventajas del uso de estos en el tratamiento de la hipertensión arterial. Quedo creada una herramienta de gran utilidad para disminuir la morbi mortalidad en poblaciones con escaso conocimiento inicial sobre la enfermedad saciando la sed de la población de saber más para vivir mejor, con resultados satisfactorios que hacen que se implemente esta estrategia en otras áreas del municipio.

## RECOMENDACIONES

Poner en práctica esta estrategia educativa en todos los consultorios del médico de la familia en el área de Baraguá.

Realizar estudios de Intervención para modificar estilos de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS Informe sobre la salud en el mundo 2006. Ginebra 2006; 1-16.
2. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 23ra Edición. 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la OMS. La salud en las Américas. Publicación Científica y técnica. Washington DG: OPS; 2011. Vol. I. P.293-296.
4. Anuario Estadístico del MINSAP 2012: 74 -75.
5. Anuario Estadístico del MINSAP 2013: 87.
6. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la HTA. 2008; 38(3): 160-169.
7. Revista Cubana Enfermería 2013 Hospital General Docente "Dr. Agosthino Neto". Guantánamo Tintura de ajo en el tratamiento de la hipertensión y la cefalea Lic. Janis San Miguel Borges 1 y Dr. Neorbis Martín Aviague.
8. FARRERAS • ROZMAN Medicina Interna Decimoséptima Edición Mm, 60(2012).
9. Guía Terapéutica para la APS. Editorial Ciencias Médicas .2010
10. Ciego de Ávila. Sectorial Provincial de Salud. Departamento de Estadística. Informe estadístico de prevalencia de enfermedades crónicas no Transmisibles. Ciego de Ávila, 2014. (Documento no publicado).
11. Posada Fernández Pedro, García Cabrera Rafael, Jiménez Herrera Enésimo, Cossío Barrios Arquímedes. Comportamiento Probable de la Mortalidad por eventos No transmisibles en Salud. Ciego de Ávila 2010.
12. Wikipedia 2013. Albert W; Sat. Sharma y Claude Kortas (feb. de 2010). «[Hypertension](#)»(en inglés) .*Nephrology: Hypertension and the Kidney*.eMedicine.com. Consultado el 5 de julio de 2010.
13. Ministerio de Salud Pública. Propósitos de la Salud Pública para el 2015. MINSAP, La Habana, 2006.

14. Castaner JF, Céspedes LA. Hipertensión arterial. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2013. P.517-536.
15. Roca Goderich R, SmithSmith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: ECIMED, 2002; 325-51.
16. Sellén Crombet J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control, Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria, 2010.
17. Pargas Torres F. Enfermería en la medicina Tradicional y Natural. La Habana: Editorial ciencias Médicas; 2005. p.117.
18. Dreitey Haslie W, Miller. Manual de terapéutica médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1995: 22-4.
19. Rigol Ricardo O. Manual de acupuntura y digitopuntura para médicos de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999:10-1.
20. Guía terapéutica dispensarial de fitofármacos y apifármacos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.
21. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plantas Medicinales. FITOMED. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1991.p. 12-3.
22. Guía cubana para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial Ricardo R. González ©, Editorial Ciencias Médicas, 2010.
23. Álvarez Batard G, Ruso R, Pérez Caballero M D, Fernández Arias M A. Manual clínico del monitoreo ambulatorio de la presión arterial. Rev. Cub. Med. 2006; 45.
24. Ben-Dov I, Kark J, Ben-Ishay D, Mekler J, Ben-Arie L, Bursztyn M. Predictors of All-Cause Mortality in Clinical Ambulatory Monitoring: Unique Aspects of Blood Pressure During Sleep. Hypertension 2007; 49(6):1235-1241.
25. MGI Tomo I. Alvarez Sintés 2008 p706-707.
26. López Hernández S, Ávila Díaz Y, KindelánCopello O. Control de la hipertensión arterial con fitoterapia-auriculoterapia en pacientes del consultorio médico Paraíso 1 durante julio-diciembre del 2011. [artículo en línea]. MEDISAN 2011; 6 (3).

27. Feihl F, Liaudet L, Waeber B, Levy B. Hypertension: A Disease of the Microcirculation? *Hypertension* 2007; 48(6):1012-1017.
28. De la Sierra A., Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med. Clin (Barc)* 2008; 131(3): 104-16.
29. Álvarez G. Hipertensión Arterial Esencial. Adherencia terapéutica y control de la Tensión Arterial. Comunidad, Villa Clara 2006
30. Gómez Rodríguez J. Resultado del Control Comunitario de la HTA en el área de Salud del Policlínico "Dr. Carlos J Finlay" de Marianao. *Rev. Cubana Med.* 2010; 16: 203-8.
31. Revista "Archivo Médico de Camagüey" 2012; 6 (Supl 3) ISSN 1025-02
32. Periódico Granma (lunes 4 de octubre 2010) Pág. 2. Dr. en Ciencias Tomás Armando Álvarez Díaz.
33. Oparil S. Arterial Hipertensión. En Cecil Textbook of Medicine. CD-ROM. 20th Edition. Philadelphia; Part VII, Chapter 37, 2000.
34. Benavides Bestard H. La escuela como modalidad de intervención educativa en pacientes hipertensos. (Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado de Medicina General Integral). Santiago de Cuba. 2008. Policlínico Mario Muñoz Monroy
35. Ledesma O'rrellys Leandro, Fernández Martínez Lisset, Diaz Colina José Antonio, Alberna Cardoso Aymé .Hipertensión Arterial. Consideraciones clínico-epidemiológicas en la población hipertensa del CMF # 6. Policlínica comunitaria docente Primero de Enero .Ciego de Ávila año 2010.
36. Blanco Domínguez Maylín, Hernández Fabelo María del Rosario, Pulido Trujillo Antonio Abelis .policlínico comunitario área centro Ciego de Ávila .Hipertensión arterial y factores de riesgo.2011.
37. Loyola Cabrera Omarys. Factores de riesgo de hipertensión arterial en población del consultorio 17, área Gaspar. Municipio Baraguá. 2011.

38. Guía cubana para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial  
Ricardo R. González ©, *Editorial Ciencias Médicas*, 2010
39. González Pérez Jorge EM. Comportamiento de la hipertensión arterial en  
localidad Camilo Cienfuegos, municipio Chambas. Ciego de Ávila: Facultad de  
Ciencias Médicas; 2010.
40. Terazón Miclín O, Ragolta Mógrave K, Laborí Ruiz R. Modificación de algunos  
factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad  
[artículo en línea]. MEDISAN Ciudad de la Habana 2009; 13(6).
41. Ríos Paz. Yunier. Pesquisa activa de Hipertensión Arterial para la utilización  
de fitofármacos en el Área de Salud de Colorado, Municipio de Baraguá. 2013.
42. Delamorit S. La interacción didáctica. Madrid: Editorial Kapeluz; 2005.
43. Castañeda Arias José Adolfo, Negrin La Rosa Rafael, Curbelo Menéndez  
Osmandy. Prevalencia de la HTA en una comunidad del municipio Cárdenas.  
Rev. Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana 2010.16 (2):138-43.

## ANEXOS

## Anexo I

Consentimiento Informado área de salud Gaspar Municipio Baraguá,  
Ciego Ávila.

Yo:

---

(Nombres y apellidos del paciente)

Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito del estudio titulado “Intervención comunitaria sobre Hipertensión Arterial y utilización de la Medicina Natural y Tradicional, consultorio 7 del área Gaspar.” que se ejecuta en Policlínico Docente “Dr. Mario Páez Inchausti” del Municipio de Baraguá y sobre la que se aportó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico.

Todo ello ha sido fruto del contacto con el médico:

---

(Nombres y apellidos del investigador)

El cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_. Fecha: \_\_\_\_\_ (día, mes, año).

Firma del investigador: \_\_\_\_\_. Fecha: \_\_\_\_\_ (día, mes, año).

Firma del testigo: \_\_\_\_\_. Fecha: \_\_\_\_\_ (día, mes, año).

## Anexo 2

### Cuestionario

1-Edad \_\_\_\_

2-Sexo: \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Masculino

3- Color de piel: Blanco \_\_\_\_ Mestizo \_\_\_\_ Negro \_\_\_\_

4.- ¿Se considera como hipertenso al paciente que presenta cifras de tensión arterial?

- a. \_\_\_\_ 140/90
- b. \_\_\_\_ 170/100
- c. \_\_\_\_ 110/70
- d. \_\_\_\_ 120/80
- e. \_\_\_\_ 100/60

5 -Marque con una X los síntomas acompañantes de la hipertensión arterial.

- a) \_\_\_\_ Tos
- b) \_\_\_\_ zumbido en los oídos
- c) \_\_\_\_ Sudoración excesiva principalmente en la noche
- d) \_\_\_\_ Fiebre
- e) \_\_\_\_ Dolor de cabeza

6- Los factores de riesgo más frecuentes son Marque con una X las que considere correctas.

- a) \_\_\_\_ Promiscuidad
- b) \_\_\_\_ Exposición al sol
- c) \_\_\_\_ obesidad, sedentarismo, la ingesta excesiva de sal.
- d) \_\_\_\_ Antecedente familiar de hipertensión
- e) \_\_\_\_ Tabaquismo, alcoholismo.

7.-¿Cree usted que cumpliendo un tratamiento con medicina verde y sin medicamentos antihipertensivos se puede tratar la hipertensión?

\_\_\_ Sí                    \_\_\_ No                    \_\_\_ No sé

8.- ¿Usted conoce alguna medicina verde {fitofármaco} Que sea usada para tratar las cifras elevadas de tensión arterial?

\_\_\_ Sí                    \_\_\_ No                    \_\_\_ No sé

Marque con una X las más utilizados

- a) \_\_\_ Ajo tintura
- b) \_\_\_ mangle rojo
- c) \_\_\_ Caña santa
- d) \_\_\_ Añil cimarrón
- e) \_\_\_ Limón
- f) \_\_\_ naranja agria

9- Conoce usted alguna ventaja de la medicina verde sobre los medicamentos antihipertensivos habituales.

\_\_\_ Sí                    \_\_\_ No                    \_\_\_ No sé

¿Cuáles? Ponga al menos 5 ventajas.

---

---

---

---

---

---

---

### Anexo 3

#### Programa Educativo.

Título: Hipertensión. Concepto, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, uso de los principales fitofármacos y ventajas de estos sobre los medicamentos habituales.

Objetivo General: Que los pacientes vulnerables a padecer de la enfermedad alcancen los conocimientos actualizados y prácticos sobre el uso de los principales fitofármacos y ventajas de estos sobre los medicamentos habituales.

Dirigido a: Todos los individuos mayores de 18 años, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia (CMF# 7) del Área de salud de Gaspar. Municipio Baraguá.

Lugar: Consultorio Médico de la Familia (CMF# 7) del Área de salud de Gaspar. Municipio Baraguá.

Profesor: Dr. Deivis Martínez Pérez.

El curso consta de:

6 conferencias de 3 horas de duración cada una para un total de 18 horas.

5 clases prácticas de 2 horas de duración cada una para un total de 10 horas.

Para un total de 28 horas.

Se realizará con una frecuencia semanal. .

Contenidos a impartir por temas.

#### Conferencia 1 “Conociéndonos Mejor”.

Objetivos:

Dar a conocer el contenido del Ensayo de Intervención Educativa sobre la Hipertensión Arterial y el uso de fitofármacos.

Lograr que los integrantes del grupo:

-Se conozcan e integren de forma óptima.

-Recoger las expectativas del grupo.

Procedimientos

Apertura del programa: Se le dará la bienvenida al grupo y se conforman las normas.

Se ubicaran o los miembros del grupo en forma de círculo o semicírculo.

Se aplica la técnica de presentación: “Hasta que el fósforo se apague”, con la cual cada uno de los participantes encenderá un fósforo y podrá mientras este se encuentre encendido presentarse dejando a su voluntad los criterios que decida el mismo manifestar.

Prendida la chispa de la motivación se provocará un diálogo con los participantes explicando brevemente los objetivos de la estrategia. Se explicará que al finalizar ellos se convertirán en “multiplicadores de salud” lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros y a la comunidad.

Propuestas de la expectativas del grupo: Como su nombre lo indica se expresará lo que esperamos o no de la estrategia. Se nombra un registrador y en una pancarta o pizarra se recogen las expectativas con una sola palabra o frase corta, NO para que permanezcan inertes sino para que VIVAN; que TRABAJEN con nosotros en todas las sesiones.

Clase práctica 1:

Se repartirá una hoja de papel donde cada participante expresará de forma anónima su criterio sobre nuestra primera conferencia en una sola palabra.

Materiales: Fósforo, pancarta o pizarra. Plumones o tizas.

Conferencia 2. Hipertensión Arterial: Concepto y manifestaciones clínicas.

Objetivos:

Identificar el concepto de Hipertensión Arterial.

Identificar las manifestaciones clínicas.

Procedimientos:

Sentados en un semicírculo se hablará sobre el concepto de Hipertensión Arterial.

Apoyado en los medios audiovisuales se proyectará un spot publicitario para demostrar factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia a la enfermedad.

Apoyado en los medios de enseñanza (computadora) se expondrá una presentación en PowerPoint sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

#### Clase Práctica 2:

Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 2.

Aplicar la técnica de “Palabras Calientes”, la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriban en tres papelitos igual número de palabras y que son las que le hayan resultado más significativas durante la conferencia. Se recogen los papeles y se hacen grupos de palabras afines, las que se anotaran en una pizarra o pancarta con la ayuda de los propios participantes. Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán las conclusiones.

Materiales: Fotos, diapositivas o power point. Pizarra. Plumones o tizas. Hojas de papel. Lápices. Televisor y video.

Conferencia 3: Hipertensión Arterial: Relación de la misma según sexo, profesión y nivel de escolaridad.

#### Objetivos:

Identificar el sexo más afectado, el nivel de escolaridad y la profesión de los pacientes afectados

Determinar los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia a la enfermedad.

#### Procedimientos:

Aplicar la técnica de “Palma real”, la cual consiste en representar sobre una hoja de papel un gráfico de la Palma, en sus hojas el sexo más afectado y en sus raíces el nivel de escolaridad y la profesión de los afectados.

Clase Práctica 3. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 2.

Aplicaremos la técnica del “Tesoro Escondido” se le indicará a los participantes buscar tarjetas escondidas en el escenario, al encontrarla tendrán que responder las preguntas que en ellas se hacen de su respuesta dependerá la obtención del obsequio.

Materiales: Hojas de papel y lápices. Tarjetas. Pizarra. Plumones o tizas. Computadora. Obsequios del tesoro, pueden ser afiches plegables marcadores entre otros, (pero todos relacionados con el tema).

Conferencia 4: Principales fitofármacos e Importancia de los mismos en el tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Objetivos:

Conocer cuáles son los principales fitofármacos y su importancia en el tratamiento de la Hipertensión.

Procedimientos

Dramatización.

Aplicar la técnica de “Dramatización”, la cual consiste en representar en forma teatral en el aula o local, donde los participantes serán los propios personajes y ejecutaran formados por grupos los 6 principales fitofármacos para tratar la enfermedad.

A raíz del calor de las dramatizaciones se incitará un diálogo con los participantes explicando la importancia del tratamiento con fitofármacos en

la Hipertensión. Se explicará que al finalizar ellos se convertirán en “voceros de salud” lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros y a la comunidad.

Clase Práctica 4: Se consolida y ejercita el contenido de las conferencia 4.

Se conformaran seis grupos usando la técnica de “Pares o Cuartetos” y una vez conformado se realizará una competencia donde los miembros del equipo deben realizar demostraciones aplicándolos principales fitofármacos y su importancia en el tratamiento de la Hipertensión:

Tintura de ajo

Infusión de caña santa

Decocción de las planticas de lloviznita

Decocción de las albahacas moradas

Decocción de las albahacas verdes

Combinaciones de decocciones y tinturas

La puntuación de 1-5 puntos las brindará el grupo contrario cada vez que se realice una dramatización por el otro grupo. Ganará el equipo que más puntos acumule.

A través de una caricatura dibujada sobre cartulina se representará los principales fitofármacos y su importancia en el tratamiento de la Hipertensión.

Materiales: Pañuelos, sillas, estetoscopio, naso buco, cartulina, lápices de colores entre otros materiales.

Conferencia 5: Ventajas de los fitofármacos sobre el tratamiento farmacológico convencional en la Hipertensión Arterial.

Objetivos:

Brindar a los miembros del grupo las herramientas para una mejor información de las ventajas de los fitofármacos sobre el tratamiento

farmacológico convencional en la Hipertensión Arterial, lo que podrán aplicar y transmitir en su futuro como promotores de salud.

Procedimientos:

Realizaremos preguntas que logren motivar al grupo y lograr su participación.

El profesional escuchará todos los criterios emitidos como lluvia de ideas, que salgan a raíz de estas preguntas plasmándolas en un pizarrón o cartulina para al final construir entre todos un concepto más completo y de mejor comprensión.

Apoyados en los medios de enseñanza (computadoras) se expondrá una presentación en PowerPoint de las ventajas de los fitofármacos sobre el tratamiento farmacológico convencional en la Hipertensión Arterial.

Clase Práctica 5: Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 5.

Los participantes debatirán las diferentes ventajas de los fitofármacos sobre el tratamiento farmacológico convencional en la Hipertensión Arterial. Se resumirán con diapositivas o presentación de PowerPoint.

Se presentarán imágenes de las ventajas de los fitofármacos sobre el tratamiento farmacológico, así los participantes señalarán cuáles son las correspondientes con la Hipertensión arterial.

Conferencia 6: Usar fitofármacos para tratar la Hipertensión arterial: Mi misión en la vida. Cierre y evaluación.

Objetivos:

Dar a conocer las consideraciones finales de la efectividad de la Intervención Educativa.

Procedimientos:

En este último encuentro proyectamos un spot publicitario sobre el uso de los fitofármacos en el tratamiento de la Hipertensión el cual nos servirá de guía para la realización de un video debate, concentrándose en la importancia de un nuevo tratamiento que sustituya al viejo tratamiento farmacológico convencional.

Se dará a conocer los resultados de la efectividad del programa que tendrá como elemento esencial el cuestionario aplicado en el encuentro anterior.

Se realizará un Positivo, Negativo e Interesante (PNI) del Ensayo de Intervención Educativa.

A los participantes se les dará como estímulo un certificado que los acredite como Promotores de Salud.

Se concluirá con una actividad recreativa propuesta en los encuentros anteriores.