

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “MARIO PÁEZ INCHAUSTI”
GASPAR. CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa para evaluar la efectividad y conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes del consultorio 21, área de salud Gaspar.

Autora: Dr. Julio R. García González.

Ciego de Ávila
2015

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “MARIO PÁEZ INCHAUSTI”
GASPAR. CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa para evaluar la efectividad y conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes del consultorio 21, área de salud Gaspar.

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

Autora: Dr. Julio R. García González.

Aspirante a Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Tania Molina Perdomo

Especialista primer grado de MGI. Master en enfermedades infecciosas.

Ciego de Ávila
2015

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el manejo de la enfermedad de hipertensión arterial en pacientes del consultorio 21 del área de salud de Gaspar en el municipio de Baraguá, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2014 a mayo 2015. El Universo de estudio estuvo constituida por un total de 35 pacientes de ambos sexos mayores de 15 años de edad. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar. Predominaron las edades de la tercera década de la vida, el nivel de escolaridad secundaria y el sexo masculino. Se reportó una modificación positiva y significativa entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre el daño del consumo de sal en la dieta, la importancia de la práctica de ejercicio físico, la identificación de aspectos relacionados a la hipertensión arterial, los riesgos de hábito tabáquico y la ingestión de bebidas alcohólicas, así como la relación existente entre la hipertensión arterial y los inadecuados hábitos nutricionales.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Factores de riesgo. Pre – experimento.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
+ Introducción.....	1
+ Objetivos.....	4
+ Marco teórico.....	5
+ Metodología	19
+ Análisis y discusión de los resultados.....	24
+ Conclusiones.....	33
+ Recomendaciones	34
+ Referencias bibliográficas.....	35
+ Anexos.....	43

AGRADECIMIENTOS

A mi hija y a mis padres por todo el tiempo que he dejado de dedicarles, a mi esposa por su apoyo incondicional y a las demás personas que de una forma u otra contribuyeron a la realización de mi tesis de especialista.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles 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 transmisibles, el 80 % ocurrió en los países en vías de desarrollo (1-3).

La Hipertensión Arterial tiene alrededor de un siglo de edad. Nace junto a la invención del esfigmomanómetro por Riva Rossi en 1895 y unos años más tarde, se incorpora la medida de la presión diastólica por Korotkoff, se comienzan a identificar pacientes con cifras más altas que las usuales a los que se denominó hipertensos. En los primeros años del siglo XXI, se asiste a una situación singular, cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez (4).

La HTA es definida como la presión arterial sistólica de 140 mm Hg. o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica de 90 mm Hg. o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive. Esta definición es aplicable a adultos (4).

La tensión arterial alta fue la causa primaria de muerte de 54 707 americanos y contribuyó a la muerte de aproximadamente 300 000 personas de los 2.4 millones de muertes americanas reportadas en el 2004. Aproximadamente 73 millones de personas de 20 y más años de edad, en los Estados Unidos tiene la tensión arterial alta. Uno de cada tres adultos americanos padece de Hipertensión (5). La Hipertensión Arterial es una enfermedad que afecta a todos los países del mundo, se estima que en Cuba el 25% de la población mayor de 15 años y casi el doble en los mayores de 60 años son hipertensos (4).

La HTA es el factor de riesgo cardiovascular modificable más frecuente y se estima que causa un 6 % de muertes en el ámbito mundial (27). El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta considerablemente en pacientes en los cuales coexisten HTA y otros factores de riesgo (5,6).

La HTA es uno de los principales factores de riesgo de muerte en personas de edad media y ancianos. Los pacientes se ven afectados por patologías crónicas y estados asociados, los que traen consigo complicaciones e incluso la muerte de estas personas. Entre ellas, ocupan un importante lugar las enfermedades crónicas no transmisibles y

dentro de ellas la hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados y de lo cual Cuba no se encuentra exenta (5,6).

Entre los adultos mayores existe una mayor prevalencia de hipertensión arterial que en los de menor edad. La hipertensión sistólica aislada, definida como presión sistólica de 140 mm Hg o más y presión diastólica menor de 90 mm Hg, es mucho más común en los adultos mayores y representa un riesgo cardiovascular mayor que la hipertensión diastólica (4).

En Estados Unidos, 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. En los países en vías de desarrollo la situación es aún más crítica, por ejemplo, en la India y Bangladesh, solo 44 % de los hipertensos eran conocidos y de estos solo 23 % estaban controlados. 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 (7).

Cuba es un país en vías de desarrollo, con indicadores de salud similares a los de países desarrollados. Con una población actual de 11,6 millones de personas y un acelerado envejecimiento de su población, en el año 2020 se convertirá en el país más envejecido de América Latina. Se estima que en esa fecha los adultos mayores cubanos constituirán el 25 % de la población total (8,9).

En relación con el individuo afectado, el Sistema Nacional de Salud de Cuba tiene la responsabilidad de detectarlo, tratarlo y controlarlo durante toda la vida, y de esta forma el riesgo de complicación y muerte prematura disminuye considerablemente (10).

Aunque todos los factores de riesgo vascular deben ser considerados a la hora de evaluar el riesgo individual y de establecer planes de intervención, la HTA es uno de los más importantes, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, y es en nuestros días uno de los principales focos de atención de las estructuras sanitarias de todos los países. La HTA es probablemente el problema de salud pública más importante en los países desarrollados (11,12).

Es de gran importancia el trabajo que realiza el médico y la enfermera de la familia en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, es el personal que puede influir directamente en aplicar medidas especiales para prevenir o enlentecer los factores de riesgo de hipertensión arterial (4).

En el presente trabajo se decidió realizar una intervención educativa con el objetivo de describir la características de la hipertensión arterial, además se pretende aumentar el conocimiento acerca de sus factores de riesgo de esta enfermedad crónica en el municipio, brindar información actualizada y así elevar el nivel conocimiento de esta enfermedad a nivel primario y secundario.

Problema: ¿Cómo evaluar el nivel de conocimiento acerca del manejo de la enfermedad de hipertensión arterial en pacientes del consultorio 21 del área de salud de Gaspar en el municipio de Baraguá, Ciego de Ávila?

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención, pudiera modificar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad de hipertensión arterial, en pacientes diagnosticados hipertensos mayores de 15 años, en el consultorio 21, área de salud Gaspar, Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con la hipertensión arterial en pacientes mayores de 15 años en el consultorio 21, área de salud Gaspar, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de la población de estudio sobre la enfermedad de la hipertensión arterial.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada al efecto.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

La Hipertensión Arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afecta la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Es definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg. o más, o la presión arterial diastólica de 90 mm de Hg. o más o ambas cifras inclusive (13,14).

La Hipertensión Arterial no es solo una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad, que afectan al individuo y a grandes poblaciones, y como tal es uno de los más importantes factores pronósticos de la esperanza de vida. Su control es un punto de partida para la disminución de la morbilidad y mortalidad por diferentes afecciones tales como las enfermedades cerebrovasculares, la Cardiopatía Isquémica, la Insuficiencia Cardíaca, la Insuficiencia Renal y la Retinopatía (12,15,16).

Es un rasgo cuantitativo que muestra variación entre valores bajos y valores altos en poblaciones mezcladas y es considerada de origen multifactorial, destacándose entre ellos: a herencia, factores ambientales, hemodinámicos y humorales con participación de varios sistemas fisiológicos complejos integrados (endocrino, nervioso, cardiovascular y renal). Se señala particularmente la importancia del sistema renina-angiotensina-aldosterona en el cerebro y en la periferia el papel central del sistema nervioso autónomo: hiperactividad simpática junto a la hipoactividad parasimpática, efectos de sustancias endógenas circulantes, presencia de neuropéptidos relacionados con los cambios de presión auricular e hipotensión y que participan en el control del tono vascular, el crecimiento y la proliferación celular, la coagulación sanguínea y otras acciones por mecanismos autocrinos, paracrinos y en menor cuantía endocrinos ya sea directamente o por interacción con otras células (17-19).

Representa por sí misma una enfermedad y también un factor de riesgo importante para otras enfermedades como Cardiopatías Isquémicas, Insuficiencia Cardíaca, enfermedad Cerebro Vascular e Insuficiencia Renal repercutiendo en la Retinopatía. La relación estrecha que mantienen la presión sistólica y diastólica y

el riesgo cardiovascular ha sido reconocida desde hace mucho tiempo. Están los llamados Hipertensos Controlados que son objeto de menos atención descuidándose la probabilidad de morbilidad o complicaciones asociadas a que están sometidos (20,21).

La presión arterial elevada es un factor de riesgo asintomático de enfermedad cardiovascular, por lo que el objetivo del tratamiento antihipertensivo es reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular y prolongar una vida útil con los medios menos agresivos posibles. La reducción de la tensión arterial con tratamiento farmacológico disminuye los sucesos mortales y no mortales incluyendo accidentes cerebrovasculares, infartos del miocardio, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal, para ello, independiente de los cambios en el estilo de vida del paciente como dejar de fumar, bajar de peso, moderar el consumo de alcohol hay que sufrir los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva (21).

La HTA es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con regularidad tiene complicaciones graves y letales si no recibe tratamiento (21).

La HTA es la causa de defunciones frecuentes bien sea por ella misma o al actuar como factor de riesgo de otras causas y potencializar el efecto de éstas en la mortalidad general de la población. El adecuado control de esta enfermedad puede derivar en una disminución de la mortalidad, y por ende, un incremento en la esperanza de vida de la población (16,21).

La Hipertensión Arterial está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. La prevalencia ha aumentado, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos. Su prevalencia en la población urbana es superior a la encontrada en la población rural (16,22,23).

Aunque no se ha esclarecido completamente su fisiopatología, si se han venido acumulando suficientes conocimientos sobre esta, lo que ha llevado a la OMS a que proponga el cambio de Hipertensión esencial o idiopática por hipertensión primaria (23).

En la génesis de la hipertensión arterial es necesario considerar el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica; el gasto cardiaco está determinado por el retorno venoso, la contractilidad cardíaca y la frecuencia cardiaca y en cuanto a la resistencia vascular periférica, que es tal vez el mayor determinante, depende del tono arterial, la viscosidad de la sangre y su velocidad de circulación: dentro de estos factores el principal es el tono venoso que está determinado por el sistema simpático y para simpático y de manera principalísima por el riñón, que produce renina, que va al torrente sanguíneo y se une a la globulina hepática hipertensinogeno para formar la angiotensina (23).

La aparición de complicaciones en esta enfermedad es directamente proporcional al nivel de incremento de la presión sanguínea sobre lo normal; sin embargo, se conoce bien lo difícil que resulta mantener compensado a un hipertenso, fenómeno en cuya base subyacen problemas como un estilo de vida inadecuado, un bajo nivel cultural e incluso la ausencia de una óptima relación médico-paciente (24,25).

Investigaciones como la de Framingham, MRFIT, Administración de Veteranos y el MRC WorkingParty han demostrado que los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares fatales y no fatales, se incrementan de forma progresiva con el aumento de las cifras sistólicas y diastólicas. Esta relación ha resultado ser fuerte, continuada, independiente, predictiva y etiológicamente significativa (20).

A la vista de estos estudios, el Séptimo Informe del JointNationalCommittee elaboró una nueva clasificación de la PA para los adultos de edad mayor o igual a 18 años, que incluía una nueva categoría denominada prehipertensión, puesto que estos individuos presentan un aumento del riesgo de progresión a Hipertensión y muestran un incremento del riesgo de Enfermedades Cardiovasculares (11,12).

La etiología de la HTA es desconocida en el 90-95 % de los casos, identificándose como esencial o primaria. El restante 5-10 % es debido a causas secundarias (12, 26-28).

Clasificación de la Hipertensión según Cifras Tensionales:

Según el Joint National Committee of prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure del 2003, la tensión arterial se clasifica en:

- Normal cuando la presión arterial sistólica (PAS) <120 y presión arterial diastólica (PAD) < 80, medida en mm de Hg.
- Prehipertensión: PSA 120-139 mmHg y PAD 80-89 mmHg; esta es denominada normal alta por la organización mundial de la salud (OMS).
- Hipertensión estado 1: PAS 140-159 mmHg y PAD 90-99 mmHg.
- Hipertensión estado 2: PAS > 160 mmHg y PAD >100.

Para la OMS existe el estado 3 que ubica la PAS > 180 y la PAD > 110 mmHg (29).

Clasificación de la Hipertensión de acuerdo con su Etiología:

- Hipertensión esencial o idiopática: Corresponde al 95 % de todos los casos de hipertensión arterial en adultos y en ellos no se encuentra una causa clara, suele haber una historia familiar de HTA y factores de riesgo asociados derivados de hábitos de vida no saludables como sedentarismo, tabaquismo, obesidad, alcoholismo, alto consumo de sal y situaciones de tensión psicosocial (29).
- Hipertensión secundaria: Está causada por una alteración orgánica que se puede identificar (enfermedad renovascular, coartación aórtica) feocromocitoma; corresponde al 5 % del total de casos y debe sospecharse en menores de 20 años y mayores de 55 años con enfermedad de novo o en pacientes que no presentan respuesta a tratamientos bien instaurados (29).

Teniendo en cuenta que un factor de riesgo es una característica que de estar presente, facilita o no la ocurrencia de un fenómeno, se han identificado para la HTA factores de riesgo comportamentales, genéticos, sociales, biológicos y psicológicos que pueden facilitar la presencia de esta patología y que pueden ser o no modificados por ciertas conductas de los pacientes, de acuerdo con esto, la misma guía del Ministerio de la Protección Social los clasifica en (30):

Modificables. Se refiere a los factores de riesgo que están asociados a los estilos de vida de las personas y que por tanto pueden ser modificados y minimizados si hay cambios en las conducta de los individuos; incluyen el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, el consumo excesivo de sal, alcohol y bajo consumo de potasio.

no modificables: son inherentes al individuo y no pueden ser minimizados ni transformados por este, dentro de estos se encuentran edad, raza (mayor riesgo para la raza negra) género, herencia.

Estudios epidemiológicos han concluido que varios factores de riesgo guardan relación con la HTA, dentro de estos se citan la edad, el sexo, el color de la piel, la herencia, las dietas ricas en sodio, los oligoelementos, los factores socioculturales, el alcoholismo, el hábito de fumar, la hiperlipidemia y enfermedades como la Cardiopatía Isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la Diabetes Mellitus (31).

Dentro de los factores de riesgo de HTA se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, el color de la piel y los antecedentes familiares de HTA. Entre los segundos, aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer la enfermedad, tales como los hábitos inadecuados de alimentación, el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y el estrés (32).

La HTA es el principal factor de riesgo vascular por lo que el objetivo último del tratamiento hipertensivo no es el descenso de las cifras de presión arterial sino la reducción de la morbilidad y la mortalidad de la esfera vascular asociada al exceso de presión (33,34). La relevancia de la HTA no reside en sus características como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades

vasculares que confiere, el cual es controlable con el descenso de aquella. Esta constituye junto a la hipercolesterolemia y el tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis y, para la aparición de enfermedades cardiovasculares (35).

La HTA es el factor de riesgo más importante de ictus y es también uno de los principales factores de riesgo de Infarto de Miocardio junto con el hábito de fumar y los valores de colesterol elevados (36). En la asociación de la HTA como factor de riesgo con el desarrollo de enfermedades vasculares, está plenamente demostrada la relación causa-efecto que existe, de manera que el aumento o disminución en la presencia del factor condiciona iguales variaciones en la frecuencia de aparición de estas enfermedades. Es una evidencia epidemiológica que la HTA es el factor de riesgo más influyente en las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (37).

La HTA está asociada como factor de riesgo más frecuente de la enfermedad cerebrovascular, la cual constituye la tercera causa de muerte en el mundo occidental y la mayor causa de incapacidad física e intelectual (34,38).

La relación entre la edad y la PA está bien documentada a través de estudios prospectivos realizados en diversas poblaciones con características geográficas, culturales y socioeconómicas diferentes (39), conociéndose que existe fuerte asociación entre el envejecimiento y el incremento progresivo de las cifras de PA, de manera que valores entre 20 y 30 mm de Hg marcan la diferencia entre el adulto de la tercera y la cuarta décadas de la vida y los pacientes mayores de 60 años (40). Se considera que en la séptima y octava décadas de la vida aproximadamente el 70 % de las personas pueden sufrir de HTA, de manera que el riesgo de desarrollar HTA después de los 55 años de edad por el resto de la vida de los normotensos es aproximadamente 90 % (41,42). La disfunción endotelial hipertensiva sobreañadida a una disfunción endotelial aterosclerótica con rigidez de los vasos explica este incremento de PA que ocurre con la edad (43). Los autores refieren que también existe un mayor número de pacientes hipertensos en el grupo de 55 a 64 años y, desde el punto de vista porcentual, el

mayor incremento ocurrió en el grupo de 65 a 74 años seguido por el de 55 a 64 años, demostrándose que existía fuerte asociación entre el incremento de la edad y la mayor frecuencia de HTA. La prevalencia de HTA aumenta con la edad en ambos sexos, apareciendo en edades más tempranas entre los hombres y más tardíamente en las mujeres, sobre todo en el período posclimático (44-47).

Un aspecto que ha sido subrayado en los últimos tiempos, es la importancia que tiene la HTA en las mujeres. En efecto, la OMS destacó recientemente que las enfermedades cardiovasculares no son solamente un problema de salud de los hombres, ya que de las 16,5 millones de muertes que se producen cada año por esta causa, 8,6 millones corresponden a mujeres, en las que la HTA tiene un papel importante. Antes de los 45 años hay más hombres que mujeres hipertensos, sin embargo, después de esa edad la frecuencia de HTA en el sexo femenino es mayor que en el masculino (47).

La HTA afecta millones de personas con marcada diferencia según el origen étnico. Es más común en personas de color de la piel negra que de color de la piel blanca (27). Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica donde la padecen más de 50 millones de personas, el 38 % de los adultos negros sufre de HTA, en comparación con el 29 % de blancos. Ante un nivel determinado de presión arterial, las consecuencias son más graves en las personas de etnia negra (38). La frecuencia de HTA es mayor en la raza negra, así como también lo es la tendencia a padecer las formas más graves de evolución de la enfermedad, complicaciones de índole vascular y muerte (27). En un intento por explicar estas diferencias raciales se han emitido varias hipótesis que involucran alteraciones genéticas, mayor hiperactividad vascular y sensibilidad a la sal, así como una actividad reducida de la bomba de sodio-potasio ATPasa, anormalidades de los co-transportes sodio-potasio y sodio-lítio, una baja actividad de sustancias endógenas vasodilatadores, dietas con alto contenido de sal, tabaquismo y el estrés sociocultural que condiciona el racismo (31). En una investigación realizada en la década de los noventa en Cienfuegos, Cuba, se encontró una ligera diferencia entre la prevalencia de HTA en blancos y negros, a diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos de Norteamérica, Bahamas y Puerto Rico (48).

La HTA puede afectar a todo tipo de personas y existe un riesgo más alto si la persona tiene antecedentes familiares de la enfermedad (27).

El principal hallazgo del Proyecto INTERSALT, estudio epidemiológico efectuado de manera cooperativa en 52 centros de 32 países de Europa, Asia, América y África bajo la dirección de Stamler y Rose, fue, indudablemente, la confirmación de la relación estrecha entre el consumo de sal y la elevación de la PA, lo cual se hace más evidente con el avance de la edad, señalándose que en las áreas rurales donde la ingestión de sodio es muy baja, la PA no se incrementa con el paso de los años (25).

En el estudio realizado en Framingham se demostró la asociación de la HTA con otras afecciones como la obesidad, encontrada en el 78 % de los hombres y en un 64 % de las mujeres. Los individuos con inactividad física alcanzaron un riesgo del 35 % de padecer HTA. En aquellos que padecían Diabetes Mellitas de larga duración se halló en un 66 %. El incremento de la ingestión de alcohol aumentó progresivamente las cifras de HTA. Así mismo sucedió con el tabaquismo. En la Gota, la hiperuricemia se presentó entre un 25% y un 50 % de las personas hipertensas no tratadas (49,50).

La obesidad, un hábito de vida sedentario, el estrés y el consumo excesivo de alcohol o de sal, probablemente sean factores de riesgo en la aparición de la HTA en personas que poseen una sensibilidad hereditaria (50).

El estrés tiende a hacer que la presión arterial aumente temporalmente, pero, por lo general, retorna a la normalidad una vez que ha desaparecido. Esto explica la "Hipertensión de bata blanca", en la que el estrés causado por una visita al Consultorio del Médico hace que la presión arterial suba lo suficiente como para que se haga el diagnóstico de HTA en alguien que, en otros momentos, tendría una presión arterial normal. Se cree que en las personas propensas, estos breves aumentos en la presión arterial causan lesiones que, finalmente, provocan una HTA permanente, incluso cuando el estrés desaparece. Sin embargo, esta teoría de que los aumentos transitorios de la presión arterial puedan dar lugar a una presión elevada de forma permanente no ha sido demostrada (51).

Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés per se un papel determinante en la etiología de la HTA, si se reconoce en mayor o menor medida cierto grado en la patogenia de esta enfermedad. Diversos investigadores describen incrementos de la PA en situaciones estresantes. En pacientes hipertensos predominan las vivencias negativas que son experimentadas intensamente y los altos niveles de vulnerabilidad al estrés. Actualmente la Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia que puede representar el estrés en la HTA y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad (32).

La OMS ha declarado al sedentarismo, enemigo público de los habitantes del planeta, el cual se asocia a enfermedades no transmisibles crónicas, siendo uno de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares junto a la HTA, tabaco, sobrepeso, disturbios lipoproteicos, Diabetes Mellitus y desórdenes alimentarios. Los individuos hipertensos sedentarios aumentan tres veces más el riesgo de desarrollar un ataque cardíaco, que los hipertensos activos (23). Las personas con PA normal con una vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer PA elevada entre un 20 % a un 50 % (10,49).

La actividad física y la aptitud fisiológica (beneficios de la actividad física) prolongan la longevidad y protegen contra el desarrollo de HTA, enfermedades cardiovasculares, ataques cardíacos, obesidad, osteoporosis, cáncer de colon y depresión (49). La actividad física aeróbica constituye uno de los principales pilares del tratamiento no farmacológico en pacientes hipertensos (23).

En suma, la atención dispensada a esta enfermedad en los estudios epidemiológicos está plenamente justificada por la amplitud del problema. Los avances en este campo han sido notables, por haber encontrado varios factores de riesgo modificables asociados a ella, que permiten controlarla y evitar sus graves complicaciones cuando el paciente interioriza la importancia de su prevención (23).

Tratamiento

En muchos países, la HTA es la causa más frecuente de Consulta Médica y de mayor demanda de uso de medicamentos (15,22,31,49). En los países desarrollados, se estima que solamente se diagnostica la HTA en dos de cada tres individuos que la padecen, y de ellos, solo alrededor del 75 % recibe tratamiento farmacológico, y éste es adecuado en el 45 % de los casos (51).

La HTA es una entidad de fácil diagnóstico y generalmente controlable, sin embargo, esto no suele observarse en la práctica médica, pues a pesar de disponer de fármacos eficaces para su tratamiento y de contar con numerosos programas científicos de formación y actualización sobre el tema, frecuentemente se observa la evolución del síndrome hipertensivo al daño de órganos vitales, por lo que quizás se necesiten intervenciones que vayan más allá de la Consulta Médica convencional y lograr acciones a nivel hospitalario y del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular fuera del marco de la consulta (51).

Tratamientos para la HTA.

Farmacológico: existen varias familias de medicamentos antihipertensivos entre los que se encuentran diuréticos como la hidroclorotiacida o la clortalidona, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina como captopril, enalapril y lisinopril entre otros, betabloqueadores como propanolol, metoprolol y atenolol, calcio antagonistas como nifedipina, diltiazem y verapamilo, etc. El tratamiento debe iniciarse con un solo medicamento como tiacida o betabloqueadores en menores de 60 años, o IECA en no afroamericanos; si no se consigue la estabilización de las cifras tensionales con la monoterapia, debe iniciarse terapia combinada de acuerdo con la guía del ministerio de la protección social (51).

- No farmacológico: Debe iniciarse en todo paciente, es el tratamiento de primera elección y solo si este falla. debe iniciarse el tratamiento farmacológico; está orientado al cambio de los estilos de vida que atentan contra cifras tensionales normales y que deben incluir el abandono del tabaquismo, reducción de peso, manejo del estrés, dieta rica en verduras y frutas y baja en sodio, en hidratos de carbono y grasas saturadas (51).

La falta de cumplimiento de la medicación para disminuir la presión arterial es una razón principal de la deficiencia en el control de la hipertensión en todo el mundo. Las intervenciones para mejorar el cumplimiento de los fármacos antihipertensivos han sido evaluadas, pero el escaso interés en la falta de cumplimiento del tratamiento, supone a priori un aumento de visitas por el mal control del factor de riesgo a tratar y un continuo cambio de medicación que nunca llega a ser utilizada. Como consecuencia de esto, el aumento del gasto monetario a corto y medio plazo será siempre mayor. Por la complejidad y la extensión del tema, se hace difícil para muchos médicos tener una idea clara y precisa acerca de la terapéutica más recomendable hacia un paciente o situación en particular. Es arduo seguirle la pista a tantas publicaciones que aportan a la resolución de una duda en particular, a veces con resultados contradictorios (51).

Los recursos terapéuticos han crecido sorprendentemente. Mucho se ha logrado en cuanto a la mejoría de la calidad de vida de los hipertensos y en cuanto a la prevención de las complicaciones mortales o incapacitantes de esta enfermedad. Mucho queda, sin embargo, por conseguir, y el Siglo XXI nos plantea grandes desafíos. La manipulación génica y la farmacogenética seguramente tendrán mucho que decir en los próximos años (52).

Según investigaciones realizadas por la OMS, ha quedado demostrado que el ejercicio físico tiene una acción rehabilitadora y preventiva de la HTA, la obesidad, la hiperlipidemia, la Diabetes Mellitus, el estrés, el cáncer, la osteoporosis, las enfermedades mentales, el envejecimiento y las adicciones (49). Sin embargo, la población hipertensa recurre al uso de medicamentos antes que a una solución no farmacológica y determinante en el tratamiento de la enfermedad, como lo es la práctica de ejercicios físicos (23).

La HTA como enfermedad no transmisible crónica presenta grandes desafíos para lograr su control, que es uno de los objetivos fundamentales. Dado que se trata de un factor de riesgo vascular, además de una enfermedad, en la mayoría de las ocasiones, explicarle al paciente esta diferencia sin que este minimice el

problema, exige del Médico paciencia y dedicación, sobre todo, cuando hay otros factores asociados que la predisponen, como son: el sobrepeso, la obesidad, el tabaquismo y la no realización de ejercicios físicos, entre otros (53,54).

Cada año un número importante de nuevos individuos se une al grupo de hipertensos que existe en la población. Las medidas dirigidas a toda la población, encaminadas a disminuir las cifras medias de PA (Presión Arterial), pueden tener un impacto muy positivo sobre la morbilidad de enfermedades asociadas con la HTA. Una disminución del 4 % en la cifra media de PA de una población podría estar asociada con una reducción del 9 % en la mortalidad por Cardiopatía Isquémica y del 20 % de accidentes cerebrovasculares. El surgimiento del Médico de las Familias, como eslabón más importante de la cadena que constituye el Sistema Nacional de Salud, ha puesto a Cuba en una posición privilegiada en la lucha mundial contra la HTA (55).

Para lograr un adecuado control de esta enfermedad, el personal de salud tiene que influir en los pacientes para lograr cambios en el estilo de vida, en los patrones de conducta y en las actitudes frente al proceso crónico morbo que enfrentan (56).

La morbilidad y mortalidad por HTA es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educacional de la población. El bajo nivel de instrucción trae consigo que los pacientes no lleven a cabo, por desconocimiento de su relevancia, cambios en el estilo de vida, como disminución de la ingesta de sal en las comidas, práctica sistemática de ejercicios físicos, realización del tratamiento correctamente, disminución o eliminación de hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, hechos que redundan en la aparición de HTA y en la evolución desfavorable de la misma. A menor nivel de instrucción, menos ingresos y peor situación laboral, siendo mayor la prevalencia de HTA (57).

Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en un alto número de países, ha propiciado que una gran cantidad de personas transiten hacia el envejecimiento. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, habiéndose

demostrado que después de los 50 años alrededor del 50 % de la población la padece (57-59).

En Cuba se han realizado diversas investigaciones relacionadas con el control del paciente hipertenso (Proyecto "10 de Octubre" -1988, 1ra. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de las Enfermedades No Transmisibles Crónicas – 1995, Proyecto "10 de Octubre" - 1995, Proyecto CHAJAG – 1997, Tabaco o Salud – 1998/2000, Proyecto CHAPLAZA – 2002, La Polar – 2002) (60,61) y otras para determinar la incidencia, la prevalencia, la fuerza de asociación con algunas variables, profundizar en aspectos clínico-epidemiológicos, etc. (62,63).

Para establecer acciones de salud encaminadas a reducir la frecuencia de HTA es indispensable continuar investigando los factores de riesgo que intervienen en su desarrollo y adoptar medidas generales dirigidas a la comunidad que por consiguiente escapan a la posibilidad del Médico individual (57).

Las acciones de promoción, prevención y control de la HTA han de llevarse a cabo al unísono en todos los niveles de atención (Primaria, Secundaria y Terciaria) si se quieren alcanzar los objetivos propuestos en el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la HTA y lograr el impacto esperado (22).

De lo anterior se desprende la importancia de la identificación de personas con alto riesgo de padecer la enfermedad, y es precisamente con el seguimiento del Médico de las Familias con el cual puede valorarse y dispensarizarse a todos aquellos individuos con factores de riesgo para su seguimiento y control, correspondiendo al mismo ejecutar acciones educativas, de promoción y prevención de salud, y de rehabilitación, así como el tratamiento farmacológico de elección, manteniendo un control estricto de los pacientes dispensarizados por esta afección (35).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el manejo de la enfermedad de hipertensión arterial en pacientes del consultorio 21 del área de salud de Gaspar en el municipio de Baraguá, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2014 a mayo 2015.

Universo y muestra

El Universo de estudio estuvo constituido por un total de 35 pacientes de ambos sexos mayores de 15 años hasta 30 años de edad, pertenecientes al consultorio 21 del Área de Salud de Gaspar, Ciego de Ávila. Se trabajó con la totalidad del universo que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Participantes que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (Anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Participantes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos

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

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó

la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con la hipertensión arterial en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, concluida las sesiones de trabajo al culminar la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Fases de aplicación de la estrategia educativa

ETAPA I. Información Y Organización: Información al personal de salud que participa en el Programa de Pesquisa activa; Médicos, Enfermeras y Especialistas del Consultorio Médico de la Familia.

Se tuvo en cuenta los conocimientos adquiridos por el autor en entrenamiento previo y procedió a la actualización del tema; así como técnicas participativas y educativas que se utilizaron, para facilitar la comprensión de los temas que se impartieron.

FASE II. Caracterización, diseño y validación del programa de intervención educativa: Se aplicó un cuestionario, confeccionado por el autor y validado por criterios de expertos que servirá para caracterizar el grupo y a su vez identificar el nivel de información que poseen sobre la hipertensión arterial y los factores de riesgo asociado a padecerlo, esto permitió definir los temas que se impartirán teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas. El cuestionario fue aplicado por el autor lo que permitió aclarar dudas sobre algunos términos.

FASE III. Aplicación del programa de intervención educativa: Se desarrolló en esta etapa la intervención educativa con los participantes en relación con la temática de la hipertensión arterial y sus factores de riesgo

FASE IV. Evaluación de la intervención: Se realizó la valoración final del programa mediante de una segunda evaluación del cuestionario para medir conocimientos, se procesaron los datos y redactó un informe final. Se evaluó así la efectividad de la estrategia educativa aplicada.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Área de salud de Gaspar, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- **Analítico-Sintético:** Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de los medios de salud responsables en prestar esta información en el área en diferentes temas relacionados con la hipertensión arterial, factores asociados y su prevención temprana. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.
- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigida por el equipo básico de salud para prevenir la hipertensión arterial y proyectar una mejor calidad de vida para los pacientes que lo padecen en este grupo etario del Área de salud de Gaspar de municipio de Baraguá, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en la incidencia de las HTA (hipertensión arterial) en la comunidad estudiada.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer

las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Por tanto, la encuesta es un procedimiento utilizado en la investigación de mercados para obtener información mediante preguntas dirigidas a una muestra de individuos representativa de la población o universo de forma que las conclusiones que se obtengan puedan generalizarse al conjunto de la población siguiendo los principios básicos de la inferencia estadística, ya que la encuesta se basa en el método inductivo, es decir, a partir de un número suficiente de datos podemos obtener conclusiones a nivel general.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad.	Cualitativa nominal politómica	Primaria sinterminar. Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y será resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre la HTA, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este ensayo clínico se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución según edad y nivel de escolaridad. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel de escolaridad	N	%	Edad			
			Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Primaria sin terminar	2	5,7	25,0	7,07	20	30
Primaria	8	22,9	20,3	4,2	16	27
Secundaria	10	28,6	23,9	2,7	18	28
Preuniversitario	9	25,7	26,2	3,2	22	30
Universitario	6	17,1	24,5	2,9	25	28
Total	35	100,0	24,2	3,9	16	30

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el nivel de escolaridad vencido y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad, así como sus valores extremos.

Se observó que la mayoría de los participantes pertenecían al nivel de secundaria (10) para un 28,6% del total seguido por el nivel preuniversitario con 9 participantes (25,7%) y el primario con 8 (22,9%).

La media general de edades de la serie fue de 24,2 años y las observaciones se alejaron de su media en 3,9 años como promedio, con valores mínimos y máximos de 16 y 30 años respectivamente. La distribución de medias de edades entre las categorías de la variable nivel de escolaridad, resultó mayor en las categorías de nivel preuniversitario con 26,2 años, seguido de los participantes con primaria sin terminar con 25,0 años.

Tabla 2. Distribución según edad y sexo. Ciego de Ávila. 2015.

Sexo	N	%	Edad			
			Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Masculino	19	54,3	24,0	3,7	17	30
Femenino	16	45,7	24,5	4,3	16	30
Total	35	100,0	24,2	3,9	16	30

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el sexo de pertenencia y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad, así como sus valores extremos.

Se pudo observar que la mayoría de los participantes pertenecían al sexo masculino (19), para un 54,3%, mientras que 16 eran féminas para un 45,7%.

Los participantes del sexo masculino presentaron una media de edades inferior (24,0 años), pero muy cercana a la media de edades de las féminas con 24,5 años, mientras que los primeros presentaban las observaciones más cercanas a su media con una desviación estándar de 3,7 años, que resultó menor que los 4,3 años de promedio de dispersión de edades en las féminas.

En un estudio similar realizado por Pérez Castillo, esta refiere que con respecto a la edad se observa un predominio de los pacientes incluidos en el rango mayor de 50 años. Estadísticamente al comparar los grupos etarios existe una ligera diferencia en cuanto a los intervalos de edades ($p < 0.05$) (64).

En un estudio realizado en Venezuela por Rafael Hernández y colaboradores este reporta que con respecto al sexo, con una prevalencia global de hipertensión arterial en aumento, con un predominio del sexo masculino sobre el femenino, similar a lo encontrado en el presente estudio (65).

Tabla 3. Distribución según nivel de conocimientos sobre el consumo de sal en la dieta evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel de conocimientos	Consumo de sal en la dieta			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	22	62,9	30	85,7
Inadecuado	13	37,1	5	14,3
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,039$

La tabla 3, muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre consumo de sal en la dieta, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 22 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre el daño del consumo de sal, para un elevado 62,9% del total, mientras que solo 13 (37,1%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 30 pacientes (85,7%) y este elevado número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Existen evidencias irrefutables que demuestran que las dietas ricas en sodio desempeñan un papel muy importante en el desarrollo y aumento de la HTA. No obstante, la relación entre consumo de sal y presión arterial no es homogénea en todos los sujetos por la existencia de una susceptibilidad genética individual al efecto presor de la sal. La reducción del consumo de sodio debe lograrse con una dieta de 2.3 g de sodio/día, ello puede alcanzarse mediante una disminución de los derivados lácteos, alimentos en conservas, precocidos salados, y eliminar la sal de mesa. Una dieta más estricta de 2 g de sodio se obtiene al suprimir, además, la sal del cocinado, la cual no es necesaria. En el presente estudio se

pudo comprobar reflejado en las encuesta un elevado por ciento de pacientes que consumen mucha sal en las comidas. Más de la mitad de los encuestados refirieron consumir gran cantidad de sal. Con estos resultados se demuestra que existe un porcentaje elevado de la muestra con un excesivo consumo de sal (66,67).

Tabla 4. Distribución según nivel de conocimientos sobre práctica de ejercicio físico evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel de conocimientos	Práctica de ejercicio físico			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	6	17,1	25	71,4
Inadecuado	29	82,9	10	28,6
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,001$

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre la práctica de ejercicio físico, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 6 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre los beneficios del ejercicio físico para un 17,1% del total mientras que 29 de ellos (82,9%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 25 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 71,4%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

El ejercicio físico adecuado suele ser beneficioso en la prevención de la HTA, este favorece el mantenimiento o la disminución de peso corporal, mejora el funcionamiento cardiovascular y reduce el riesgo. Por estas razones se

recomienda la práctica de ejercicios aeróbicos como la natación, el trote y la marcha de 30 a 45 minutos al día, de 3 a 6 veces por semana. Numerosos estudios prueban los grandes beneficios que puede proporcionar al paciente la práctica sistemática de ejercicios físicos. Los individuos que no practican ejercicio físico tienen un riesgo del 35% de padecer HTA 1, el sedentarismo es considerado como un factor predictor para el desarrollo de la hipertensión (68,69).

En este estudio se evidencia un elevado por ciento de pacientes encuestados que no practican nunca ejercicios físicos. Se encontró un porcentaje muy bajo de pacientes que realizan ejercicios físicos diariamente. Con estos resultados se puede concluir que el mayor por ciento de estos pacientes es sedentario.

Tabla 5. Distribución según nivel de conocimientos sobre aspectos relacionados a la hipertensión arterial evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel de conocimientos	Aspectos relacionados a la hipertensión arterial			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	23	65,7	31	88,6
Inadecuado	12	34,3	4	11,4
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,008$

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre aspectos relacionados a la hipertensión arterial, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 23 de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 65,7% de la muestra mientras que 12 de ellos (34,3%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 31 (88,6%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

Tabla 6. Distribución según nivel de conocimientos sobre riesgos del hábito de fumar evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel de conocimientos	Riesgos del hábito de fumar			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	40,0	23	65,7
Inadecuado	21	60,0	12	34,3
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,004$

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre riesgos del hábito de fumar, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 14 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 40,0% del total mientras que 21 de ellos (60,0%) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 23 para un 65,7% que aunque no resultó en un aumento porcentual considerable, resultó suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

El tabaquismo es uno de los mayores factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular y, por tanto, un riesgo aditivo a la HTA. El tabaco aumenta la resistencia vascular periférica (RVP) porque además de producir un incremento de la actividad alfa-adrenérgica, ocasiona una disminución de la síntesis de prostaglandinas vasodilatadoras. Como es capaz de favorecer la disfunción endotelial, promueve y acelera el desarrollo de la placa de ateroma. La nicotina es el compuesto químico gaseoso más conocido del cigarrillo y su consumo crónico disminuye la sensibilidad de los barorreceptores y aumenta la producción de tromboxano A2 (TXA2), que es un potente vasoconstrictor. Esta reportado que el 64.4% de los pacientes hipertensos fuman, un porciento muy similar a este fue

encontrado en el presente estudio. El elevado por ciento de individuos fumadores también ha sido encontrado en otras investigaciones realizadas en Cuba (70).

Tabla 7. Distribución según nivel de conocimientos sobre riesgos de la ingestión de bebidas alcohólicas evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel de conocimientos	Riesgos de la ingestión de bebidas alcohólicas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	37,1	24	68,6
Inadecuado	22	62,9	11	31,4
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,027$

La tabla 7 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre los riesgos de la ingestión de bebidas alcohólicas, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 13 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre los riesgos mencionados del alcoholismo para el 37,1% de la muestra, y 22 personas (62,9%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 24 de los participantes para un 68,6% lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

Tabla 8. Nivel de conocimientos sobre relación entre hipertensión arterial y malnutrición evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2015.

Nivel de conocimientos	Hipertensión arterial y malnutrición			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	34,3	24	68,6
Inadecuado	23	65,7	11	31,4
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,002$

La tabla 8 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre la relación existente entre hipertensión arterial y nutrición inadecuada, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar las necesidades sentidas de la muestra en esta materia y a su vez como punto de comparación evaluativo, solo 12 (34,3%) de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre relación entre hipertensión arterial y malnutrición.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, esta cifra se duplicó con 24 participantes evaluados con conocimientos adecuados sobre la mencionada relación y logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial y el mayor porcentaje que se presenta en la adolescencia es de causa exógena, la llamada simple o nutricional. Se ha señalado que las principales causas son ambientales, exceso de ingestión de alimentos y actividad física disminuida. Sin lugar a dudas entonces, la identificación de estos factores de riesgo en adolescentes sería una importante contribución a la prevención de enfermedad cardiovascular en la adultez. Estudios previos han reportado que las personas que consumen dietas bajas en grasas saturadas, en grasas totales y en colesterol, disminuyen significativamente la concentración de HDL-C en sangre (71,72).

CONCLUSIONES

Predominaron las edades de la tercera década de la vida, el nivel de escolaridad secundaria y el sexo masculino. Se reportó una modificación positiva y significativa entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre el daño del consumo de sal en la dieta, la importancia de la práctica de ejercicio físico, la identificación de aspectos relacionados a la hipertensión arterial, los riesgos de hábito tabáquico y la ingestión de bebidas alcohólicas, así como la relación existente entre la hipertensión arterial y los inadecuados hábitos nutricionales. La intervención educativa resultó efectiva en los sujetos de estudio, logrando un cambio significativo en el nivel de conocimientos en general.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio de intervención comunitaria sobre los factores individuales o colectivos que puedan ser resueltos por la comunidad, haciendo hincapiés en los malos hábitos dietéticos, el consumo alto de sal, la práctica de ejercicio físico y en general de los factores de riesgo de la enfermedad en cuestión, aprovechando instituciones escolares y organizaciones de masas como promotores de las mismas en el municipio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ostchega Y, Dillon CF, Hughes JP, Carroll M, Yoon S. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 2004. *J Am Geriatr Soc.* 2007. Fuster V, Voute J. MDGs: chronic diseases are not on the agenda. *Lancet.* 2015.
2. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization [Review]. *Circulation.* 2001
3. Ciego de Ávila. Sectorial Provincial de Salud. Departamento de Estadística. Informe estadístico de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles del Municipio Ciego de Ávila, 2006. [Documento no publicado].
4. Llibre Rodríguez J, Laucerique Pardo T, Noriega Fernández L, Guerra Hernández M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Facultad de Medicina "Finlay-Albarrán". La Habana, Cuba.2011.
5. 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.
6. Texas HeratInstitute. Presión Arterial alta (Hipertensión Arterial). Actualizado por última vez el 30 de Julio del 2014. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/highbloodpressure.html>.
7. Anuario Estadístico de Salud 2007. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional de Estadísticas. 2007.
8. Prince M, Ferri C, Acosta D, Albanese E, LlibreRodriguez J, Stewart R, et al. The protocols for the 10/66 Dementia Research Group population-based research programme. *BMC. PublicHealth.* 2007.
9. 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, LiliamCordiés Jackson, Alfredo Vázquez Vigoa, Carmen Serrano Verduras. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2004.
10. Fdragas AL, Cruz NM, Guerrero LG, Fernández LM, González VM, Ruibal AJ. Intervención sobre Hipertensión Arterial en un Consultorio Médico. *Rev Cubana Med*

Gen Integr. 2004 Mar-Ab..VersiónOn-line ISSN 0864-2125.

11. Harrison Principios de Medicina Interna 16ª edición (2006). Parte VIII. Enfermedades del Aparato Cardiovascular. Sección 4. Enfermedades vasculares. Capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva. Harrison online en español. New York: MCGRAW-Hill. Consultado el 16 de Junio del 2014.
12. Bertomeu V, Quiles J. La Hipertensión en Atención Primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? RevEspCardiol. 2012 Abr.
13. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Ciudad de la Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 11- 12.
14. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Enfermedades Crónicas no transmisibles. Programa Nacional, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med. (htm) 1999 [En línea] (fecha de acceso 16 de Mayo del 2014); 38 (3):160-9 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_3_99/med02399.htm.
15. Céspedes E, Ponte G, Riverón G, Castillo JA. Marcadores de estrés oxidativo en pacientes hipertensos de una población rural en Provincia Habana. Rev Cubana InvestBiomed. 2008 Ene-Mar; 27. Versión On-line ISSN 0864-0300.
16. Dueñas A. De la Noval R, Armas N. Manual para la Educación del paciente Hipertenso. Entrenamiento al personal de la Salud. Ciudad de La Habana: ICCV - Departamento de Cardiología Preventiva; 2008 Julio.
17. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2012 Dec.
18. 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. 2014.
19. Psaty B M, Furberg C D. Estudios de Tratamientos Antihipertensivos, Morbilidad y Mortalidad. En: Izzo J L, Black H R. Primer de Hipertensión. Barcelona: American Heart Association; 1010. p. 239-244.
20. Coca A, De la Sierra A. La Hipertensión Arterial como factor de riesgo cardiovascular. En: Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. 3ra ed. Barcelona: Médica JIMS, SL; 2012.

21. O'Donnel CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del FraminghamHeartStudy. RevEspCardiol. 2012.
22. Urquiza J, Núñez M, Santiesteban C. Vigilancia en Salud de la Hipertensión Arterial en la Atención Primaria de Salud. www.monografias.com/trabajos15/hipertension/hipertension.shtml.
23. Carretero OA, Oparil S. Essential Hipertensión. Part I: Definition and Etiology. Circulation. 2014.
24. Hipertensión Arterial. Actualizado por última vez el 13 de Julio del 2011. http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensi%C3%B3n_arterial.
25. Enfermedades Cardiovasculares. Hipertensión Arterial [Capítulo 25]. En: Manual Merck de Información Médica para el Hogar. Madrid; Merck Sharp &Dohme de España, S.A.; 2015.
26. Weinrauch MD. Presión Arterial Alta (Hipertensión). Actualizado por última vez el 6 de Abril del 2014. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.html>.
27. Pérez MD. La prehipertensión. Rev Cubana Med. 2008 Ene-Mar. Versión On-line ISSN 0034-7523.
28. Landrove O. La Hipertensión Arterial en Cuba: Cinco años de intervenciones integrales. Memorias del III Taller Nacional de Hipertensión; 2003 Dic;Matanzas.
29. Varon J, Marik PE: The diagnosis and management of hypertensive crisis. Chest 2010; 118: 214-227.
30. Messerli F, Mancia G. Cómo tratar adecuadamente en Hipertensión Arterial. En: Kaplan N. Documentos de Vanguardia en Hipertensión. 1ª ed. España: Pfizer; 2010. p. 3 - 22.
31. 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.
32. Whelton PK. Epidemiology of Hipertensión. Lancet. 1994;101-106 [citado 3 Ene 2014].
33. Centelles L, Lancés L, Roldán J. La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso. Propuesta de un sistema de ejercicios. Rev Digital – Buenos Aires. 2005 Mayo; 10 [citado 7 Dic 2014]. <http://www.efdeportes.com/efd84/hiperten.htm>
34. Botey A, Revert L. Hipertensión Arterial. En: Farreras, Rozman, editores. Tratado de Medicina Interna. 14ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma; 2015.

35. 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.
36. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2010 May.
37. Fadrugas AL, Cruz NM, Guerrero LG, Fernández LM, González VM, Ruibal AJ. Intervención sobre Hipertensión Arterial en un Consultorio Médico. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004 Mar-Ab. Versión On-line ISSN 0864-2125 [citado 30 Jun 2014].
38. Llavata P, Carmona JV. Educación para la Salud: Hipertensión Arterial. Epidemiología. Enferm Cardiol. 2005 May-Agosto; XII Lugones M, Macides Y, Miyar E. Hipertensión Arterial y algunos factores de riesgo asociados en la mujer de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012 Sept-Dic; 23. Versión On-line ISSN 0864-2125.
39. Pérez MD, Cordiés L, Vázquez A. Epidemiology of Hipertensión in Cuba. Cuban Medical Research. 2000; II.
40. Albert MJ. Prevalencia de la Hipertensión Arterial y alteraciones del peso corporal. CM # 13. 2005-2006. Disponible en [citado 2 Ene 2014]: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/468/1/Prevalencia-de-la-Hipertension-Arterial-y-alteraciones-del-peso-corporal/-CMF-2005-2006.html>
41. Simón A, Castro A, Kaski JC. Avances en el conocimiento de la disfunción endotelial y su aplicación en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2011.
42. Medical Research Council (MRC) Working Party. Trends of treatment of hypertension in older adults: principal results. Br Med J. 2013.
43. De la Noval R, Debs G, Dueñas A, González JC, Acosta M. Control de la Hipertensión Arterial en el "Proyecto 10 de Octubre". Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 1999.
44. Pérez L. Análisis vertical de la Hipertensión en Cuba. Año 2003. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/analisis_vertical_de_la_hipertension_arterial_en_Cuba_año_2003.pdf.
45. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciano A, Luque M, de la Cruz-Troca JJ, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. J Hypertens. 2012.
46. Staessen JA, Celis H, Fagard R. The epidemiology of the association between hypertension and menopause. J Human Hypertens. 2014.
47. De la Osa JA, Landrove O, Pérez MD. Prevención y control de la Hipertensión.

- ¿Conoce supresión arterial? Periódico Granma, 2008 Jun 28. [citado 1 Jun 2013]
48. Noa FH, Castillo J, Heredero L, Castro A, Bacallao J, Rojas M. Factores genéticos y ambientales en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial en una población urbana de Cuba. ArchInstCardiolMex. 1995 Sep-Oct.
 49. 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 2014.
 50. Martín L, Sairo M, Bayarre HD. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 Mar-Ab. Versión On-line ISSN 0864-2125 [citado 13 Sep 2014].
 51. Sellén J. Hipertensión Arterial, diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de La Habana: Félix Varela; 2002.
 52. Jiménez R. Metodología de la Investigación. Elementos Básicos para la Investigación Clínica. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
 53. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Hernández-Ávila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Actualización. Rev Cubana HigEpidemiol 2007 Sep-Dic. Versión On-line ISSN 1561-3003.
 54. Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH – LELHA). Guía Española de Hipertensión Arterial 2015. Hipertensión 2005.
 55. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypert. 2011.
 56. Acosta OM. Manual de diagnóstico y tratamiento en Endocrinología. Ciudad de La Habana: Científico – Técnica; 1983.
 57. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Módulo Métodos Epidemiológicos. Unidad 2. Mediciones en Epidemiología. Unidad Impresora ISCM – Habana. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1991.
 58. Curbelo WA. La Hipertensión Arterial. Un reto para el hombre de estos tiempos. Hospital Universitario “Guillermo Domínguez López”, Puerto Padre, Las Tunas. 2014. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/ppt/servicios/hta/la_hipertension_arterial.ppt.

59. Alfonzo JP. Hipertensión Arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. ISBN: 978-959-212-530-8.
60. Macias Castro I. Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Acta Médica Hosp. ClinQuir Hermanos Ameijeiras. 1997 Ene-Jun
61. De la Noval R, Armas NB, 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 Sep-Dic. Versión On-line ISSN 0864-2125 [citado 2 Feb 2013].
62. Cires M, Peña MA, Achong M, Ramos L, Levi M. Evaluación del control de pacientes hipertensos dispensarizados en dos Municipios de Ciudad de La Habana. RevCubana Med Gen Integr. 1995 Jul-Ag;.Versión On-line ISSN 0864-2125 [citado 16 agost 2012].
63. Hernández F, Mena AM, Rivero M, Serrano A. Hipertensión Arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integ. 1996 Mar-Abr. Versión On-line ISSN 0864-2125.
64. Pérez Castillo O. Homeopatía y Terapia Floral en pacientes con Hipertensión Arterial no controlada. Trabajo de Terminación de la Especialidad de Medicina General Integral. 2004. En: www.sedibac.org/temas.htm.
65. Hernández R. Estudio de la prevalencia de la hipertensión arterial en Barquisimeto, Venezuela. Boletín Médico De Postgrado. Vol. X Nº 3 septiembre -diciembre 2010.
66. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna [CDROM]. 4 ed. La Habana: MINSAP; 2002.
67. Matarama Peñate M. Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
68. Rodríguez Ramos F. Factores de riesgo de las urgencias hipertensivas: Policlínico "Raúl Sánchez". Rev Cien Méd [Internet]. 2009 [citado 17 Jun 2014]; 13(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942009000200005&script=sci_arttext.
69. García Delgado J. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. Rev Cubana Med. 2008 [citado 17 Jun 2012]; 47(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232008000300002&script=sci_arttext.
70. Galán Morillo M. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h. Evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). Rev Habanera Cienc Méd [Internet]. 2010 [citado 17 Jun 2014]; 49(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000500009&script=sci_arttext

71. González R, Llapur R, Rubio D. Caracterización de la obesidad en los adolescentes. Rev Cubana Pediatr. 2010; 81(2).
72. Lauer RM, Obarzanek E, Hunsberger SA, Van Horn L, Hartmuller V, Barton B, et al. Efficacy and safety of lowering dietary intake of total fat, saturated fat, and cholesterol in children with elevated LDL cholesterol: the Dietary Intervention Study in Children1-6. Am J Clin Nutr / 2010; 72 (suppl): 1332S-42S.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

Área de salud Gaspar

Municipio Baraguá, Ciego Ávila

El/la que suscribe _____ doy mi conformidad para participar en la investigación sobre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo en la aparición de la Hipertensión Arterial.

Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor _____ quien me ha confirmado que:

1. La Hipertensión Arterial y sus consecuencias.
2. Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar la utilidad de la intervención comunitaria para incrementar el nivel de conocimiento sobre los diferentes factores de riesgo en la población mayor de 15 años.
3. Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información sobre el tema.
4. Me ha hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi participación en el mismo no lesionara mis relaciones con los médicos de la atención primaria o el hospital, los cuales continuaran brindándome asistencia médica eficiente.
5. Tengo derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes _____ del 2015.

Nombre y apellidos:

Encuestado: _____ Firma: _____

Médico: Dr. _____ Firma: _____

Anexo II

CUESTIONARIO
Área de salud Gaspar
Municipio Baraguá, Ciego Ávila

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial en al Área de salud de Gaspar. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

Marque con una X según corresponda.

Edad: _____

Sexo: Femenino: ___ Masculino: _____

Nivel de escolaridad:

Primario: ___ Secundario: ___ Pre universitario: ___ Universitario: _____

1. Señale con una x según tus conocimientos cuales son las ventajas y desventajas sobre el consumo de sal en la dieta.

a) ___ ¿Considera usted que el consumo de mucha sal yodada diaria es perjudicial para la salud?

b) ___ Usted cree que el consumo excesivo de sal en la dieta guarda relación con el comienzo de alguna enfermedad?

c) ___ El consumo desproporcionado de sal está relacionada con una mejor calidad de vida en la salud humana.

d) ___ Considera usted que el consumo de sal excesivo está relacionada a una enfermedad hereditaria.

e) ___ El consumo excesivo de sal guarda relación estrecha con la mala evolución de la hipertensión.

2. Señale con una x según tus conocimientos cuales son las ventajas de la práctica de ejercicio físico.

- a) ___ Evita infecciones respiratorias.
- b) ___ Disminuye el colesterol.
- c) ___ Evita la obesidad.
- d) ___ Disminuye el sedentarismo.
- e) ___ Libera el stress
- f) ___ Evita las caries dentales.

3. Lee detenidamente y marque lo que considere correcto.

- a) ___ La hipertensión Arterial es un factor de riesgo del Infarto Cerebral.
- b) ___ Los Hipertensión Arterial causa Anemia.
- c) ___ La Hipertensión Arterial cursa con síntomas asociados.
- d) ___ La Hipertensión Arterial produce stress.
- e) ___ La Hipertensión Arterial es causa de pérdida de peso.
- f) ___ La Obesidad y el sedentarismo están ligadas a la Hipertensión Arterial.

4. Según sus conocimientos marca con una x los riesgos que tienen las personas con Hábito de Fumar.

- a) ___ Produce Ateroesclerosis.
- b) ___ Produce agotamiento físico.
- c) ___ Produce disminución del grosor de las arterias.
- d) ___ Disminuye la aparición de enfermedades pulmonares y cardíacas.
- e) ___ Aumenta el apetito.
- f) ___ Disminuye el bajo peso.

5. Según sus conocimientos marque con una x los riesgos del consumo de bebidas alcohólicas.

- a) ___ Produce aumento del ritmo del corazón.
- b) ___ Aumenta la Presión Arterial.
- c) ___ Causa trastornos digestivos.
- d) ___ Produce perdida de la memoria.
- e) ___ Es causa de coloración amarilla de la piel.
- f) ___ Aumenta el apetito.

6. Según lo que ya conoces marque con una x la relación de la Hipertensión Arterial y un inadecuado estado nutricional.

- a) ___ Las personas obesas padecen de Hipertensión Arterial con mayor frecuencia.
- b) ___ Las personas de peso normal no padecen de dolor precordial y Hipertensión Arterial.
- c) ___ Las personas obesas y que padecen de hipertensión Arterial tienen mayor riesgos de complicaciones.
- d) ___ La obesidad no se considera factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.
- e) ___ Los pacientes con un adecuado estado nutricional padecen de colesterol alto.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Adecuado: Contestar incisos a,b,e.

Inadecuado: Contestar incisos c,d.

Pregunta 2:

Adecuado: Contestar inciso b,c,d,e,f

Inadecuado: Contestar inciso a.

Pregunta 3:

Adecuado: Contestar incisos b,c,e

Inadecuado: Contestar incisos a,d,f

Pregunta 4:

Adecuado: Contestar incisos b,c,d,e

Inadecuado: Contestar incisos a,f

Pregunta 5:

Adecuado: Contestar incisos a,c,d,e

Inadecuado: Contestar incisos b,f

Pregunta 6:

Adecuado: Contestar incisos a,c,e

Inadecuado: Contestar inciso b,d

Calificación Final:

Adecuado: Contestar 4 preguntas.

Inadecuado: Contestar 2 preguntas.



DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Área de salud Gaspar

Municipio Baraguá, Ciego Ávila

Participantes: pacientes de ambos sexos mayores de 15 años, Conformando un grupo de 35 participantes.

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los pacientes.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos sobre la hipertensión arterial a todos los participantes y promover la realización de la misma.

Medios de participación:

Dinámica grupal con debate de situación.

Debate y reflexión.

Conferencia, juego de conocimientos.

Tema 1. Presentación del programa

Sumario:

1 -Presentación de los coordinadores y los participantes.

2 -Expectativa de los participantes.

3 -Programa y metodología.

4 -Problemática de los pacientes.

Objetivos:

1. Crear un medio de confianza e intimidad.

2. Valorar las necesidades grupales y las expectativas que promueve la actividad.

3. Presentar el programa y la metodología a seguir.

4. Proyectar lo problemática actual de los pacientes.

Crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas.



Tipo de Actividad: Dinámica grupal. Presentación.

Frecuencia: Semanal.

Responsables: Médico y Enfermera de la familia.

Participantes: Pacientes mayores de 15 años.

Tema 2. Hipertensión Arterial.

Sumario:

1. Efectos dañinos de una dieta inadecuada sobre el Sistema Cardiovascular.

Objetivos: Valorar los conocimientos que tienen sobre el consumo de la sal en la dieta y los efectos dañinos sobre el Sistema Cardiovascular.

Tipo de actividad: Debate.

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Médico y Enfermera de la familia.

Participantes: Pacientes mayores de 15 años.

Tema 3 Hipertensión Arterial.

Sumario:

1. Cuadro clínico y complicaciones de la Hipertensión Arterial.

Objetivos: Identificar principales síntomas, signos y complicaciones de la Hipertensión Arterial.

Tipo de actividad: Actividad conferencia.

Recursos: Lápices, hojas.

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Médico y Enfermera de la familia

Participantes: Pacientes mayores de 15 años.

Tema 4 Hipertensión Arterial.

Sumario. Conocimiento de los principales factores de riesgos en la aparición de la Hipertensión Arterial en los pacientes mayores de 15 años.

Objetivos: Lograr que los pacientes conozcan los factores de riesgos modificables en la aparición de la Hipertensión Arterial para disminuir su Incidencia así como sus complicaciones.

Tipo de actividad: Debate.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: Médico y Enfermera de la familia.

Participantes: Pacientes mayores de 15 años.

Tema 5. Cierre y evaluación.

Sumario.

1. Reafirmación de contenidos.
2. Aplicación de la encuesta final.
3. Cierre del Programa.

Objetivos: Conocer las irregularidades del proyecto y evaluar los avances del mismo.

Tipo de actividad. Dinámica de grupo. En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma consistirá en que los participantes expresará como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Frecuencia: Semanal.

Recursos: Lápices, hojas.

Responsable: Médico y Enfermera de la familia.

Participantes: Pacientes mayores de 15 años.