

MENDIVE



REVISTA DE EDUCACIÓN

Un programa de capacitación comunitaria: experiencia preventiva en la Hipertensión Arterial

A Community Training Program: experience against arterial hypertension

Olga Lidia Mainegra Fernández¹, Juan Jesús Miranda Mainegra², Reina Blanco Solís²

¹Policlínico "Hermanos Cruz". Pinar del Río. Cuba.

²Policlínico "5 de septiembre", Consolación del Sur, Pinar del Río, Cuba.
Correo electrónico:
dmainegrafernandez@gmail.com

Recibido: 20 de febrero 2019.

Aprobado: 26 de marzo 2019.

RESUMEN

En Cuba, paralelo al aumento de la esperanza de vida, se ha producido un aumento de la hipertensión arterial, como causa de múltiples entidades. Teniendo en cuenta que actualmente constituye una de las razones principales de consulta en la atención primaria de salud (Consultorio Médico de la Familia) y que ha mostrado una morbi-mortalidad con tendencia ascendente en los últimos años, es considerable que, trabajar en la educación

preventiva de los ciudadanos es esencial para lograr su control, de ahí que el presente artículo narre la experiencia en la introducción de un programa de capacitación comunitaria en el consultorio médico de familia # 1 del municipio Consolación del Sur, durante el periodo de septiembre de 2017 a julio de 2018. El Universo estuvo representado por los 297 pacientes dispensarizados como hipertensos y la Muestra, por 150 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para precisar estadísticamente las variables, la información obtenida fue computarizada, utilizándose el por ciento como unidad de resumen; los principales resultados fueron un aumento del conocimiento sobre los factores de riesgo y de la información acerca de los tratamientos farmacológicos y la importancia de la dieta para el control de la enfermedad. Se pudo concluir que la educación preventiva de la comunidad parece contribuir a la disminución de las complicaciones asociadas con la hipertensión arterial, como resultado de la participación consciente de los pacientes y la familia en su tratamiento.

Palabras clave: educación comunitaria; hipertensión arterial; programa de capacitación

ABSTRACT

In Cuba, parallel to the increase in life expectancy, there has been an increase in arterial hypertension, as a cause of multiple entities. Considering that it is currently one of the main reasons for consultation in primary health care (Family Medical Office) and that it has shown morbi-mortality with an upward trend in recent years, it is considered that, working in preventive education of citizens is essential to achieve its control, hence the present article narrates the experience in the introduction of a community training

program in the family medical office # 1 of the Consolación del Sur municipality, during the period of September 2017 to July 2018. The Universe was represented by the 297 patients dispensed as hypertensive and the Sample, by 150 patients who met the inclusion criteria. To statistically specify the variables, the information obtained was computerized, using the percent as a unit of summary; the main results were an increase in knowledge about risk factors and information about pharmacological treatments and the importance of diet for the control of the disease. It was concluded that the preventive education of the community seems to contribute to the reduction of complications associated with arterial hypertension, as a result of the conscious participation of patients and the family in their treatment.

Keywords: community education; arterial hypertension; training program.

INTRODUCCIÓN

Con el reconocimiento y medida de la presión arterial iniciado por el reverendo Hales en el siglo XVII, y el nacimiento del esfigmomanómetro de mercurio diseñado por Samuel Basch (1837-1905) para la medida no invasiva de la presión arterial, se inició la era de diagnóstico de la hipertensión arterial en el ser humano.

La hipertensión arterial se define como elevación de la presión dentro de las arterias. En ellas se manejan dos tipos de presión arterial: La presión arterial sistólica, que es originada por parte del bombeo cardiaco de sangre a las arterias y la diastólica es la presión originada por la contracción de las arterias.

(Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014)

Es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo para otras enfermedades, como la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica, y contribuye significativamente a la retinopatía hipertensiva. Existen elementos de riesgo manejados en la comunidad médica que también predisponen a los individuos a padecer hipertensión arterial dentro de los que podemos citar la descendencia de afroamericanos, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, la ansiedad, beber alcohol, la sal en la dieta, los antecedentes familiares de hipertensión arterial, y entidades como la diabetes y el hábito de fumar. No obstante, la mayoría de las veces no se identifica causa alguna de presión alta, lo cual se denomina hipertensión esencial. (OMS, 2014)

Realmente la prevalencia ha aumentado significativamente en todas las latitudes. En el mundo hoy mueren alrededor de siete millones de personas al año por hipertensión arterial no controlada. (OMS, 2014)

Para la hipertensión arterial existen guías internacionales como *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* y la *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la hipertensión arterial*, de la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología. Cuba se rige actualmente por el primero, clasificando a los pacientes para su mejor manejo

terapéutico y seguimiento. (Ministerio de Salud Pública (Minsap, 2018)

Si bien es cierto que la presión arterial aumenta con la edad, esto no ocurre por ejemplo en algunas comunidades tribales, lo cual evidencia que el estilo de vida influye en la presentación o no de hipertensión arterial en pacientes mayores de 60 años. No obstante, está demostrado que los efectos del envejecimiento y la fisiopatología de la hipertensión arterial están muy relacionados y se potencializan uno a otro: se conoce que a nivel cardíaco hay hipertrofia de la pared posterior del ventrículo izquierdo estrechamente relacionada con el aumento de la poscarga, amén de que se producen calcificaciones en el aparato valvular, acúmulos grasos en torno al nódulo sinusal así como en fibras específicas del haz de His.

En el árbol vascular aumenta el grosor de la capa íntima, con elevación progresiva y fisiológica del contenido de ésteres de colesterol y de fosfolípidos, esto conlleva al endurecimiento, rigidez y disminución de la luz de las arterias. Mientras, en el sistema nervioso autónomo se determina menor sensibilidad de los receptores betaadrenérgicos y alteraciones del sistema colinérgico con disminución de la respuesta cronotropa a la estimulación vagal, a nivel renal desciende el filtrado glomerular y el flujo sanguíneo, dificultad para adaptarse a la restricción sódica, disminuye la capacidad de concentración y dilución, tasas bajas de renina y aldosterona y disminución de la concentración corporal de potasio y bioquímicamente existe intolerancia a la glucosa, tendencia a la hipercolesterolemia e hiperuricemia, y aumento de la concentración plasmática de angiotensina II, noradrenalina. Además, estos procesos se acompañan de proliferación de las células endoteliales,

formación de placas y lesiones aterotrombóticas en el árbol arterial, relacionados con las turbulencias y la presión originada en las curvaturas y bifurcaciones del sistema.

En el actual siglo, el estrés se invoca como causa de disímiles enfermedades, en el caso de la hipertensión arterial es un factor contribuyente a la descompensación. Este constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona posee o cree tener recursos limitados. No obstante, cuando estas respuestas ante factores estresores son muy intensas, frecuentes o mantenidas en el tiempo, el estrés puede traer complicaciones a la salud, provocando la aparición de un problema, agudizar o complicar su cuadro clínico, e incluso, perpetuar los síntomas.

El estrés *per se* produce un estímulo de sobreactivación del sistema nervioso, con la liberación de catecolaminas y de cortisol, provocando un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la resistencia periférica y los niveles de glucosa en sangre e insulina, lo que propicia que se desarrolle o descompense la tensión arterial cuando el estímulo es mantenido y el individuo no encuentra los elementos de compensación necesarios para estabilizarse. (Álvarez, Hernández, Báster & García, 2014)

El incremento de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares lo regula la hipertensión arterial ya que etiológicamente interviene en la patogénesis de ambas afecciones según ha sido comprobado. Un tratamiento no exitoso de la hipertensión arterial es uno de los grandes problemas del control de esta entidad, y uno de los enfoques cardinales que debe priorizarse en la formación médica, sobre todo en la

atención primaria de salud, que lleva la ventaja dentro de la comunidad médica, pues puede desarrollar la verdadera medicina que es la preventiva y la educación de los pacientes en el terreno. (Álvarez et al., 2014)

Investigaciones hechas en Cuba por el Instituto Nacional de Higiene revelan que la prevalencia de la hipertensión en la población urbana y rural de Cuba alcanza el 30% y el 15%, respectivamente. El control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbi-letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y renales. Esta enfermedad afecta a 1/3 de la población mundial. En Cuba, los últimos estudios en población adulta señalan una prevalencia entre 33 y 40%. (Ministerio de Salud Pública (Minsap, 2018)

Para definir a un individuo de la tercera edad como hipertenso se aplican los criterios señalados para los adultos de 18 años o más. Existe un elemento y es que la presión sistólica se incrementa en forma lineal con la edad en contraste con la presión diastólica, por lo que en el anciano la hipertensión sistólica aislada es la forma más frecuente de aparecer esta entidad, respondiendo al 60-70% de los casos.

La elevación de las cifras de presión arterial por encima de los valores normales es uno de los problemas de salud más frecuentemente observados en la población cubana y con el cual tienen que enfrentarse a diario los médicos de familia. Por otro lado, se sugiere que el riesgo acumulado para desarrollar hipertensión en el futuro es del 90 % para los normotensos a partir de los 55 años. (Weber et al., 2014)

La prevención de la hipertensión arterial es la medida más importante, universal y

menos costosa, esta enfermedad ocasiona elevada morbilidad y mortalidad cerebrovascular y cardiovascular, un mayor volumen de visitas médicas y un mayor consumo de fármacos y de recursos materiales. En un país como Cuba, con recursos limitados es necesario seleccionar y evaluar las opciones terapéuticas que sean capaces de proporcionar el máximo beneficio sanitario y social con un costo mínimo.

Se debe garantizar el control de la población hipertensa y aplicar el programa en cada consultorio además de garantizar el funcionamiento de las consultas de seguimiento de la hipertensión arterial, lo cual es un factor crucial para que los pacientes se mantengan compensados y sin complicaciones. Una adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción masivas dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial fundamentalmente, las modificaciones en los estilos de vida, como es la realización de actividad física aeróbica regular, la adecuada alimentación con la disminución de la ingesta de sal, grasas saturadas y los carbohidratos refinados, la disminución de los niveles de estrés, la moderación en el consumo de alcohol así como el abandono de hábito tabáquico y la realización de ejercicios físicos son parte fundamental para el tratamiento de la hipertensión arterial.

En otro sentido, se necesita una estrategia individual, para implantar medidas específicas individualizadas a personas expuestas a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo con lo que tienen alta probabilidad de padecer hipertensión arterial o ya la padecen. Así se podrá

mantener un adecuado control de las cifras tensionales unido en toda su extensión a la modificación positiva de los hábitos y estilos de vida.

Lograr que la intervención preventiva del médico comience antes de que se desarrolle cualquier daño en el enfermo es fundamental; no obstante, particularmente en personas añosas y en pacientes diabéticos, estas metas pueden ser difíciles de alcanzar.

Es conocido que la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo constituye una de las principales causas de fallo en el control de la hipertensión. En este sentido, se recomienda que la reducción de las cifras de PA se realice de forma gradual y mantenida y que el tratamiento seleccionado sea lo más sencillo y fácil de cumplir posible, valorando detenidamente su riesgo/beneficio en cada paciente. El papel de los profesionales del consultorio: la enfermera y médico de la familia, en su relación y comunicación con el paciente y con sus familiares, así como los programas de formación y educación sanitaria dirigidos a éstos y a la población en general, deben hacer hincapié en los cambios de hábitos y estilos de vida, así como, en la adherencia al tratamiento farmacológico.

El objetivo del tratamiento antihipertensivo por un lado busca reducir la mortalidad y la morbilidad cardiovasculares asociadas al aumento de la presión, y por otro, evitar la progresión de la lesión y conseguir la regresión del daño orgánico subclínico. Para esto es necesario tratar, además de las cifras de tensión arterial, todos y cada uno de los factores de riesgo asociados. Como objetivo terapéutico de control de la presión arterial en la población hipertensa se recomienda reducirla por debajo de 140/90 mmHg. No obstante, debe tenerse

en cuenta que el riesgo cardiovascular residual de los individuos con PA normal-alta sigue siendo superior al de aquellos con cifras óptimas de PA (< 120/80 mmHg). Por esto, siempre que sea posible, debe intentarse alcanzar valores lo más cercanos posibles a estas cifras óptimas. Esto es sobre todo importante en las personas jóvenes, con una mayor esperanza de vida, en los que el beneficio a largo plazo del tratamiento también será mayor.

En pacientes con enfermedad cerebrovascular, cardiovascular y renal, y también en diabéticos, la reducción más intensa de la PA protege de forma más adecuada de la morbimortalidad cardiovascular, por lo que se recomienda reducir la PA por debajo de 130/80 mmHg. La propuesta del tratamiento farmacológico antihipertensivo se basa en el grado de elevación de la PA y en el riesgo cardiovascular total. De hecho, los grupos de fármacos indicados para iniciar y continuar el tratamiento son los diuréticos, los bloqueadores beta, los antagonistas del calcio, los IECA y los ARA-II. Los bloqueadores beta, sobre todo en combinación con diuréticos, deben evitarse en pacientes con síndrome metabólico u otras situaciones de riesgo de desarrollar diabetes. El tratamiento siempre deberá comenzar con dosis baja de cada fármaco elegido, planificando la reducción gradual de la PA.

Es de destacar que la respuesta se debe comprobar entre las 4-6 semanas, exceptuando en el caso de la hipertensión en estadio tres y en pacientes de riesgo cardiovascular alto o muy alto que pueden beneficiarse de un control precoz. De no resolver con la monoterapia (alrededor del 30% de los pacientes) se necesitará una asociación de fármacos. Siempre que sea posible se utilizarán fármacos de acción prolongada que sean eficaces durante 24

h y que permitan la dosis única diaria, en casos de difícil control se valorará dividir el tratamiento en 2 tomas/día. Siempre la elección de un determinado tipo de fármaco será individualizada para cada paciente y se basará en las indicaciones especiales y contraindicaciones de los distintos grupos farmacológicos, valorando el coste del tratamiento.

Como coadyuvantes para la reducción del riesgo cardiovascular, se usarán antiagregantes plaquetarios e hipolipemiantes. El tratamiento se mantendrá de forma indefinida en la gran mayoría de los casos. Hemos de destacar algo y es que la buena relación entre médico y paciente, la educación sanitaria y un esquema terapéutico sencillo favorecen el cumplimiento del tratamiento. (Weber et al., 2014)

En la actualidad, la hipertensión arterial sigue siendo uno de los problemas más importantes de la medicina contemporánea y se estima que alrededor de mil millones de personas padecen de esta enfermedad a nivel mundial. (OMS, 2014)

En países pobres la situación es aún más crítica, por ejemplo, en India y Bangladesh, sólo 44 % de los hipertensos son conocidos y de estos, solo 23 % están controlados. (OMS, 2014)

En Cuba existen casi dos millones y medio de pacientes hipertensos, exactamente 2465862. (Minsap, 2018)

En Pinar del Río, esta enfermedad tiene una alta prevalencia, exactamente 222.9 por cada mil habitantes, dicho de otra manera, hay en Pinar del Río un total de 131209 pacientes hipertensos. (Minsap, 2018)

En el policlínico «5 de septiembre» existen 9430 pacientes hipertensos, y en el consultorio del investigador hay 297, para un 22% de la población total. (Consultorio Médico de la Familia, 2017)

La prevalencia se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos, disminución de la actividad física, hábitos tóxicos y otros aspectos conductuales. (Consultorio Médico de la Familia, 2017)

Aproximadamente un 90 % de los hipertensos son esenciales, o sea, se desconoce su causa, aunque en estos casos son importantes los factores de riesgo. (Roca et al., 2017)

Entre el 5 y el 10 % de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria, que no solo puede ser tratada y desaparecer sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la elevación de la presión arterial es solo una manifestación clínica. (Roca et al., 2017)

Los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hipertensión arterial, son los siguientes Roca et al. (2017):

1. Hábito de fumar
2. Obesidad
3. Dislipidemias
4. Diabetes mellitus
5. Edad mayor de 60 años
6. Sexo masculino o mujer posmenopáusica

7. Historia familiar de enfermedad cardiovascular

Para diagnosticar la enfermedad se recomienda realizar tres registros de presión arterial espaciados, al menos una semana entre cada uno de estos, y considerar hipertensión arterial cuando la media entre las determinaciones esté por encima de las cifras señaladas como presión arterial normal. (Roca et al., 2017)

La presión arterial medida en consulta puede ser mayor a la presión arterial que una persona tiene normalmente, fenómeno que se conoce como hipertensión de bata blanca.

Es necesario tener en cuenta esto y las cifras de la monitorización ambulatoria de la presión arterial y de la automedida de la presión arterial por encima de las cuales se considera hipertenso a un individuo.

En cuanto a la prevención de la hipertensión arterial, y como acciones a tener en cuenta en todo paciente ya diagnosticado, se recomienda lo siguiente (Roca et al., 2017):

- Control del peso corporal.
- Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.
- Eliminación o disminución de la ingestión de alcohol a niveles no dañinos.
- Reducir la ingesta de sal.
- Lograr una adecuada educación nutricional sobre una dieta equilibrada y proporcionadora de micronutrientes que favorecen la salud.
- Eliminación del hábito de fumar.

El tratamiento antihipertensivo irá enfocado a reducir el riesgo cardiovascular global, por lo tanto, al instaurarlo se tendrá en cuenta, además de las cifras de presión arterial, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, como enfermedad renal o cardiovascular establecida, diabetes o síndrome metabólico.

Existen dos tipos de tratamiento, el farmacológico y el no farmacológico, que consiste en modificaciones del estilo de vida.

Las modificaciones en el estilo de vida (o tratamiento no farmacológico) son las mismas de las que ya se habló cuando se abordó la prevención de la hipertensión arterial.

El tratamiento farmacológico se impondrá desde un principio, junto al no farmacológico, en todos los pacientes clasificados como grado II y en aquellos de grado I con riesgo cardiovascular. El uso de drogas antihipertensivas debe ir siempre acompañado de las medidas para el cambio del estilo de vida del paciente. (Roca et al., 2017)

Los medicamentos hipotensores más usados son: los diuréticos, los betabloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y más recientemente los antagonistas de la angiotensina II.

La hipertensión es resistente o refractaria en sujetos tratados con al menos 3 fármacos antihipertensivos a dosis máximas, uno de ellos diurético, con un adecuado cumplimiento de la medicación antihipertensiva, es decir si la medicina convencional no reduce la presión arterial a niveles normales. (Roca et al., 2017)

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, fundamentalmente la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad. (Alcazar, Oliveras, Orte, Jiménez & Segura, 2018)

Por todo ello los autores tienen como objetivo del presente trabajo presentar los resultados de la introducción de un programa de capacitación comunitaria en el consultorio médico de familia # 1 del municipio Consolación del Sur que contribuyó a mejorar los indicadores de prevalencia de la enfermedad en la muestra estudiada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal en el consultorio médico de familia # 1 del municipio Consolación del Sur del municipio Consolación del Sur durante el período de septiembre de 2017 a julio de 2018 con el propósito de determinar factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.

El universo estuvo representado por los 297 pacientes dispensarizados en la consulta como hipertensos y la muestra estuvo constituida por 150 pacientes (72 masculinos y 78 femeninos) que cumplieron con los criterios de inclusión siguientes:

- Que quisieran participar.

- Que estuvieran entre los 18 y 90 años.
- Que estuvieran aptos física y mentalmente.
- Que estuvieran en el área de salud al momento del estudio.

Como criterios de exclusión se consideraron los casos de los pacientes que no cumplieron con los requisitos anteriormente expuestos.

Como en toda investigación de salud, los métodos teóricos, empíricos y estadísticos desempeñan un papel fundamental y se aplicaron del modo siguiente:

Métodos teóricos: Estos métodos permitieron la construcción y desarrollo de la teoría científica y el enfoque general para abordar el problema científico. En toda la dimensión de este trabajo, el proceso investigativo desarrollado, está sustentado en el método filosófico general dialéctico materialista, como soporte principal del mismo. Se aplicaron los siguientes:

- Inductivo deductivo: al generalizar los resultados de los estudios bibliográficos y documentales, que se efectuaron en el desarrollo de la investigación, con los cuales se fueron conformando los aspectos fundamentales del cuerpo de la tesis.
- Analítico sintético: este método está a lo largo de la investigación, permitiendo diagnosticar y sintetizar el objeto de estudio, utilizándose desde la revisión bibliográfica, documental, hasta la formación de los aspectos teóricos fundamentales sobre el tema abordado.
- Histórico lógico: dado porque se parte de una revisión exhaustiva de toda la evolución que ha tenido la

hipertensión arterial con relación al desarrollo de la humanidad y sus descubrimientos.

- Enfoque de sistema: está a lo largo de la investigación, siendo su esencia fundamental la relación lógica y armónica de todos los elementos considerados en el desarrollo de la investigación.

Métodos empíricos: Permitieron la obtención y procesamiento de los datos en el diagnóstico, y fueron:

- Revisión de documentos: fue exhaustiva, referente a la importancia, repercusión, magnitud de la situación a nivel mundial de la enfermedad e interés que representa el conocimiento acerca de ella por quienes la padecen para lograr una mejor calidad de vida y disminuir los daños que provoca.
- Observación: éste método se aplica en la investigación, al observarse la incidencia de la hipertensión arterial en las consultas, así como la escasa percepción de riesgo acerca de sus causas y otros factores asociados.

Estadísticos: Cumplieron una función vital en la investigación ya que contribuyeron a

la tabulación, procesamiento y generalizaciones apropiadas a partir de los mismos.

En esta investigación, se aplicaron los métodos descriptivos, lo que permitió tabular los distintos datos del tema objeto de esta investigación, se expresaron en números y por cientos; la información recogida a través de la encuesta confeccionada por el autor permitió arribar a conclusiones y hacer recomendaciones.

RESULTADOS

En esta investigación se realizó una amplia revisión de literatura, búsquedas en internet e información por correo electrónico. Se realizó y aplicó la encuesta a los pacientes seleccionados, y se hizo uso de las Historias de Salud Familiar para identificar a los pacientes dispensarizados como hipertensos, aplicarles los criterios de inclusión, y recoger las variables de interés para el estudio, también se trabajó con las historias clínicas individuales, evidencias del club de abuelos.

Se procedió a determinar los factores de riesgo presentes en la muestra objeto de estudio.

Tabla 1 - Factores de riesgo de hipertensión arterial en la muestra estudiada del consultorio médico de familia # 1 Municipio Consolación del Sur. (septiembre 2017-julio 2018)

Factores de riesgo y Antecedentes patológicos personales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Factor hereditario	43	59,7	48	61,5	91	60,6
Hábito fumar	23	8.9	24	9.3	47	18.3
Alcoholismo	14	5.4	-	-	14	5.4
Sedentarismo	8	3.1	4	3.2	12	4.6
Dislipidemia	10	3.9	33	12.8	43	16.7
Diabetes mellitus	15	5.8	22	8.5	37	14.4
EPOC	8	3.1	4	3.2	12	4.6
Osteoartrosis degenerativa	10	3.9	15	5.8	25	9.7
Cardiopatía isquémica	6	2.3	5	1.9	11	4.2
Trastornos psiquiátricos	2	1.6	4	3.2	6	4.3
AVE isquémico	2	0.7	4	3.2	6	2.3
Gastroduodenitis con hernia hiatal	2	0.7	3	1.1	5	1.9
Hipertiroidismo	-	-	3	1.1	3	2.4
Polineuropatía diabética	3	1.1	2	0.78	5	1.9
Enfermedad renal crónica	-	-	2	0.78	2	0.78
Insuficiencia arterial crónica	-	-	2	0.78	2	0.78
Débil visual			-	-		0
AVE hemorrágico	-	-	2	0.78	2	0.78
Glaucoma	-	-	3	1.1	3	1,1

Se constató, mediante encuesta el conocimiento que tenían los pacientes acerca de los mismos, así como acerca de la dieta recomendada para un paciente

hipertenso, los estilos de vida saludables y la importancia de la adherencia al tratamiento, antes de la aplicación del Programa de capacitación comunitaria.

Tabla 2 - Conocimiento de los pacientes acerca de la Hipertensión Arterial y su tratamiento antes de aplicado el Programa de capacitación comunitaria.

Conocimiento acerca de:	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Factores de riesgo de la HA	16	22,2	22	28,2	38	25,3
Dieta recomendada a los hipertensos según patología	9	12,5	34	43,5	43	28,6
Importancia de la adherencia al tratamiento	7	9,7	45	57,6	52	34,6
Características de un estilo de vida saludable	11	15,2	9	11,53	20	13,3

El Programa de capacitación comunitaria se desarrolló mediante una videoconferencia y conversatorios en el área del Consultorio o en las casas de los pacientes durante las visitas al hogar. Este trataba un tema específico en cada sesión. Los temas desarrollados fueron:

Tema 1: Videoconferencia sobre el riesgo de la hipertensión arterial y sus complicaciones más frecuentes

Tema 2: Los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial: Hábito de fumar, Alcoholismo, Obesidad, Dislipidemias, Diabetes mellitus, Edad mayor de 60 años, Sexo masculino o mujer posmenopáusica, Historia familiar de enfermedad cardiovascular.

Tema 3: Prevención de la hipertensión arterial con estilos de vida adecuados: control del peso corporal, disminución del sedentarismo, eliminación o disminución

de la ingestión de alcohol a niveles no dañinos, reducción de la ingesta de sal, dieta equilibrada y proporcionadora de micronutrientes que favorecen la salud y eliminación del hábito de fumar. Recomendaciones específicas a cada caso.

Tema 4: Los medicamentos hipotensores más usados y su importancia en el tratamiento de la hipertensión arterial: los diuréticos, los betabloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y los antagonistas de la angiotensina II.

Tema 5: Conversatorio de cierre acerca de lo aprendido con el Programa de Capacitación Comunitaria.

Una vez aplicado el programa se repitió la encuesta y los resultados demostraron una mejoría considerable en la percepción de riesgo y el conocimiento, en general,

acerca de la enfermedad que padecen, los factores de riesgo y el estilo de vida adecuado para evitar complicaciones.

Tabla 3 - Conocimiento de los pacientes acerca de la Hipertensión Arterial y su tratamiento después de aplicado el Programa de capacitación comunitaria.

Conocimiento acerca de:	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Factores de riesgo de la HA	55	76,3	70	89,7	125	83,3
Dieta recomendada a los hipertensos según patología	49	68,0	72	92,3	121	80,6
Importancia de la adherencia al tratamiento	55	76,3	73	93,5	128	85,3
Características de un estilo de vida saludable	66	91,6	49	62,8	115	76,6

DISCUSIÓN

Se conoce que después de la intervención comunitaria en el consultorio médico, los pacientes adquieren conocimientos que los ayudarán a manejar la hipertensión arterial y las posibles complicaciones, donde las enfermedades cerebrovasculares tienen una gran relevancia por su frecuente asociación a ésta, y para ello está diseñado en gran medida el plan del médico de la familia pues prevenir es la mejor opción de sanidad. (Baquerizo, 2015)

Parafraseando a Alfonso Calderón: podemos decir «La hipertensión arterial es conocida como la bailarina de los 4 salones», pues afecta corazón, cerebro,

riñones y grandes vasos; alteración esta que sufren entre el 80 y el 90 % de los ancianos hipertensos, existiendo una relación directa y proporcional entre las cifras de tensión arterial y el desarrollo de lesiones de órgano «diana», lo que refuerza aún más la afirmación de que la población hipertensa tiene un riesgo calculado en 6,3 veces mayor de padecer estos eventos que la no hipertensa. (Alfonso & Pizarro, 2010)

En la muestra seleccionada se encontró el tabaquismo como la condición de mayor prevalencia, con un 18.3% de los pacientes, cifra inferior al 68.4 % obtenido por (Vázquez, Hernández & Almerás, 2012), pero no menos significativa, porque refleja como estaba extendido este hábito en una población que no

sobrepasaba los 700 pacientes de su muestra.

No obstante se considera que la intervención mediante programas de capacitación comunitaria desde el Consultorio Médico tiene una probada eficacia como factor preventivo y, específicamente, en el caso de la Hipertensión Arterial contribuye a disminuir el riesgo de complicaciones.

Encontramos en el estudio realizado en el consultorio médico de familia # 1 del municipio Consolación del Sur existen dispensarizados 297 pacientes con hipertensión arterial, se trabajó con 150 pacientes, donde predominó el grupo de edad de 70 a 79 años, el sexo femenino, y el color de piel negra, dentro de los factores de riesgo se determinó como principal el hábito de fumar, seguido de la dislipidemia y de la diabetes mellitus; la complicación más frecuente fue la cardiopatía isquémica; la mayoría de los pacientes tienen como tratamiento farmacológico fundamental los diuréticos tiazídicos, siendo el más frecuente la clortalidona.

Con una muestra de 150 pacientes se desarrolló un programa de capacitación comunitaria consistente en una videoconferencia y conversatorios-debate, distribuidos en cinco temas, que contribuyó a mejorar el conocimiento acerca de la Hipertensión Arterial y el modo de tratarla, lo que contribuye a evitar las complicaciones asociadas con esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcazar, J.M., Oliveras, A., Orte Martínez, L. M., Jiménez, S., & Segura, J. (2018). Hipertensión arterial esencial. Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología. Recuperado a partir de <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>
- Alfonso Calderón, E., & Pizarro Herrera, C. (2010). Caracterización de la hipertensión arterial en el adulto mayor en el municipio Villalba, Nueva Esparta, Venezuela. 2006. *Revista Médica Electrónica*, 32(4), 0-0.
- Álvarez Sintés, R., Hernández Cabrera, G., Báster Moro, J. C., & García Núñez, R. D. (2014). *Medicina General Integral: principales afecciones en los contextos familiar y social* (3.ed.). La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado a partir de <https://booksmedicos.org/medicina-familiar-temas-de-medicina-general-integral/>
- Baquerizo Torres, G. (2015). *Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores* (Tesis de especialidad). Universidad de Ciencias Médicas Ernesto Guevara de la Serna: Pinar del Río.
- Consultorio Médico de la Familia. (2017). *Análisis de la situación de salud 2017*. Consolación del Sur.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2018). Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: MINSAP.

- Recuperado a partir de
<http://www.sld.cu/anuncio/2018/04/06/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2017>
- Organización Mundial de la Salud (OMS,2014). Información general de la hipertensión arterial en el mundo. OMS. Recuperado a partir de
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
- Roca Goderich, R., Smith Smith, V. V., Paz Presilla, E., Losada Gómez, J., Serret Rodríguez, B., Llamas Sierra, N., Cardona Garbey, D. (2017).
Temas de Medicina Interna (5ta.ed.). La Habana: Ciencias Médicas.
- Vázquez López, A., Hernández Suárez, D., & Almerás García, J.R. (2012). Factores asociados a la hipertensión arterial en ancianos del Policlínico Milanés. 2003- 2006. *Revista Médica Electrónica*, 34(2), 121-130.
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., Harrap, S. B. (2014). Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. *The Journal of Clinical Hypertension*, 16(1), 14-26.
<https://doi.org/10.1111/jch.12237>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional.

Copyright (c) Olga Lidia Mainegra Fernández, Juan Jesús Miranda Mainegra, Reina Blanco Solís,