



TEMA: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL CMF LA CARIDAD. JOBABO.

Autores: Dra. Yailenis Duardo Tamayo.

Lic. Odalis Mojena Fernández.

Profesor instructor.

Lic. Alexey Peña Valdés.

Profesor asistente.

Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Yailenis Duardo Tamayo, Odalis Mojena Fernández y Alexey Peña Valdés (2019): "Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en el CMF la Caridad. Jobabo", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (julio 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/riesgo-hipertension-arterial.html>

RESUMEN

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades más frecuentes nuestra población representando un porcentaje elevado, por lo que se hace necesario su diagnóstico, condición básica para su tratamiento. Objetivo: Evaluar intervención educativa para modificar conocimientos de los factores de riesgo en la hipertensión arterial. Octubre 2016- octubre 2018. CMF la Caridad. Método: Se realizó un estudio de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial, en la población de La Caridad perteneciente al municipio Jobabo. Se seleccionó una muestra de 86 pacientes al azar. Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario creado al efecto y para ello se tuvo en cuenta la literatura revisada sobre el tema. Se brindaron varias conferencias para la apropiación de los conocimientos de dicha patología. Resultados: Predominó el sexo femenino en 53 pacientes para un 61.6%, la edad que incidió fue el grupo etario de 50-60 años de edad en 35 pacientes para un 40.6%, el nivel de escolaridad que prevaleció fue el de secundaria básica terminada en 49 pacientes para un 34.8%, la Diabetes Mellitus fue la principal enfermedad asociada en 19 pacientes para un 22.7%, dentro de los factores de riesgos asociados el de mayor porcentaje fue los hábitos tóxicos en 56 pacientes para un 65%, existió un conocimiento no adecuado antes de la intervención educativa en 49 pacientes para un 57%, el cual se logró modificar en adecuado en 79 pacientes para un 91.9%. Conclusiones: Se evaluaron

los cambios en el conocimiento sobre la Hipertensión Arterial y sus factores de riesgo después de aplicada la intervención educativa y se concluye que se lograron transformar de forma positiva.

Palabras clave: Hipertensión arterial, intervención educativa.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud en los países desarrollados y en vías de desarrollo, donde las infecciones no constituyen un problema serio y las expectativas de vida superan los 65 años. Cuba se encuentra en ese grupo. La enfermedad cerebrovascular se halla entre las crónicas no transmisibles y tiene como base la aterosclerosis, de origen multifuncional, que es una alteración del metabolismo general, cuyo órgano diana es la pared vascular, donde influyen los factores de riesgo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adultos de los países industrializados y con más desarrollo económico, aunque también existe en muchos de los países en vías de desarrollo. Las enfermedades cardiovasculares se presentan en diversas formas clínicas y resultan uno de los factores predisponentes más importantes de aparición temprana, cuya gravedad afecta directamente la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

La hipertensión arterial en Cuba, presenta una alta prevalencia y es el principal factor de riesgo de enfermedad coronaria del corazón, primera causa de muerte en nuestro país. En la fisiopatología de la hipertensión arterial, se encuentran involucrados factores genéticos tales como la heredabilidad, la agregación y segregación familiar, además de factores ambientales modificables, como la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, ingestión de comidas con alto contenido de sal y grasas saturadas y otros. Investigaciones realizadas en niños aparentemente sanos han demostrado, que la hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, es más frecuente que lo que se cree. En el presente artículo hacemos referencia a algunos aspectos de la fisiopatología, prevención, diagnóstico, evaluación, control, tratamiento y pronóstico de la hipertensión arterial y se destaca la importancia estratégica de la medición frecuente de la presión arterial en niños y adolescentes supuestamente sanos con antecedentes patológicos paternos y/o maternos de hipertensión arterial, sobrepeso u obesidad, lo que tendrá un impacto positivo en la disminución de la prevalencia, morbimortalidad y complicaciones de esta deletérea enfermedad en la edad adulta.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas las de origen vascular ocasionan daño en los vasos sanguíneos, principalmente las arterias- , llamadas “enfermedades vasculares”, son reconocidas como los principales retos y prioridades para los sistemas de salud de todos los países desarrollados y de muchos que están en vías de desarrollo. Cuba no está exenta de este desafío.

Las enfermedades vasculares constituyen un grupo de afecciones que tienen como denominador común el daño a las arterias, expresado por alteraciones en las funciones y las características morfológicas y anatómicas del endotelio capilar, anomalías que finalmente conducen a la lesión y enfermedad arterioesclerótica, enfermedad caracterizada por endurecimiento, pérdida de la integridad de la íntima, formación de ateromas, proyección de la placa hacia el interior de la arteria y oclusión de ésta. En este grupo se incluyen las enfermedades siguientes: Corazón: hipertrofia del ventrículo izquierdo, cardiopatía isquémica, infarto del miocardio e insuficiencia cardíaca, Cerebrovasculares: hemorragia, obstrucción de las arterias del cerebro y ataque transitorio isquémico, Renales: retención de líquidos y sustancias tóxicas, y enfermedades crónicas de origen arterial, HTA, Diabetes Mellitus, Obesidad y Otras.

La hipertensión arterial, junta con el sobrepeso y la obesidad, constituyen las enfermedades más frecuentes en la población adulta, y al mismo tiempo son las que pueden ser prevenidas y combatidas. En el caso de la HTA, el diagnóstico es más o menos sencillo; su atención en la mayor parte de los pacientes es relativamente poco compleja cuando se basa en medidas de cambio de estilo de vida; cuando es necesario el uso de los medicamentos, el costo puede ser bajo y los resultados muy favorables.

La hipertensión arterial se define como las cifras superiores a 140 mmHg sistólica y 90 mmHg diastólica o que este antecedente se presente en individuos con cifras normales en el momento de la toma, pero bajo medicación hipotensora. Éste límite inferior es aceptado, de manera generalizada, como el punto de partida del cual se incrementa, de manera significativa, la morbilidad y mortalidad relacionadas con el ascenso de tensión.

La tensión arterial constituye una variable continua, y se entiende por tal, aquella en la que no existe solución de continuidad entre un de sus valores y el inmediato siguiente, dado que se podría expresar este valor no solo en números enteros, sino también fraccionarios.

Se han aceptado en diversos momentos distintas definiciones de HTA, que se asientan a diferentes criterios:

Criterios empíricos: que carecen de rigor estadístico y solo se basan en la observación de la frecuencia determinadas cifras de un grupo de población.

Criterios estadístico arbitrario: Se utilizó la curva de distribución de la tensión arterial en una muestra poblacional representativa y se postularon como anormales aquellas determinaciones que se ubicaron más allá del 95 percentil- dos desviaciones estándar sobre la media. Esta óptica arrojó como resultado que el nivel hipertensivo se ubicó en cifras anormalmente altas y sin una correspondencia biológica y pronóstica racional.

Criterios de relación con pronóstico: Toman en cuenta el daño de órganos diana afectación de diferentes territorios vasculares y vísceras, asociado a la variación en las cifras de tensión arterial y su capacidad para predecir el pronóstico potencial de los pacientes.

Criterios basados en el riesgo beneficio: tienden a establecer una escala que prediga el momento oportuno para la intervención terapéutica de acuerdo con el tipo de paciente, valor de la tensión arterial, diferencias entre las diversas formas de participación de órganos diana y otros factores de riesgo cardiovascular.

Criterios mixtos: combinan varias de las concepciones anteriores.

Esta clasificación puede ser útil para identificar, de acuerdo con el nivel de tensión arterial, a individuos y grupos poblacionales y para establecer, con fines estadístico, el riesgo relativo en relación con la gravedad de la elevación de la presión.

Muchos médicos consideran que la hipertensión arterial sistémica (HTA) es una enfermedad de adultos y con frecuencia no se registra la presión arterial sistémica (TA) durante el examen físico. A medida que la población y los profesionales de la salud cobran conciencia del impacto social de la hipertensión incluso "leve", en esa misma medida crece el entusiasmo por lograr su detección temprana y su tratamiento enérgico. La adopción de estilos de vida saludables es imprescindible para prevenir la elevación de la TA. En la actualidad se han logrado importantes avances en la detección, evaluación y manejo de la HTA.

Problema de la investigación:

¿Cómo Modificar los conocimientos de los factores de riesgo en la hipertensión arterial del CMF La Caridad, durante el período comprendido desde Octubre de 2016 –Octubre de 2018?

Hipótesis:

Si se interviene a la población mediante un programa educativo podemos lograr una modificación de los conocimientos de los factores de riesgo en la hipertensión arterial.

Marco teórico:

La historia de la presión arterial comienza cuando alguien abandona el concepto de corazón como centro de las emociones y lo concibe como una bomba impelente de sangre. En la primera mitad del siglo XX los recursos terapéuticos de la Hipertensión Arterial eran escasos e incluso los médicos consideraron, en aquel momento, que tener una elevada presión era una condición propia del envejecimiento, encargada de sostener una perfusión adecuada a órganos vitales para seguir viviendo.

La hipertensión arterial es uno de los factores más importantes que inciden en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Está suficientemente probado que existe una relación continua e independiente de otros factores de riesgo, entre los valores de presión arterial y las

complicaciones cardiovasculares y renales, lo que se cumple para todas las edades y todos los grupos étnicos. Para personas entre 40 y 70 años, cada incremento de 20 mmHg en la presión arterial sistólica o 10 mmHg en la presión arterial diastólica duplica el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en todo el rango desde 115/75 mmHg hasta 185/115 mmHg.

La presión arterial sistólica es un predictor de complicaciones más potente que la presión arterial diastólica a partir de los 50 años de edad y se ha señalado que en ancianos la presión de pulso tiene una función pronóstica adicional. Esto aparece también indicado por el riesgo cardiovascular total particularmente elevado que se observa en pacientes con hipertensión arterial sistólica aislada.

Estos hallazgos se han probado tanto cuando se utiliza la medida de la presión arterial en la consulta, con la automedida de la presión arterial como por la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Es muy frecuente que en el paciente hipertenso coexistan otros factores de riesgo cardiovascular que pueden modificar e incrementar la morbilidad y la mortalidad cardiovascular; los conocidos como factores de riesgo metabólico, que son más frecuentes con presión arterial alta que con presión arterial baja.

¿Cuáles son las causas?

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada hipertensión esencial, "primaria" o "idiopática". En la hipertensión esencial no se han descrito todavía las causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. Los medicamentos son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, y el mismo requiere la adopción de hábitos de vida saludables evitando el consumo de tabaco, siguiendo un plan de actividad física y alimentación saludable con reducción del consumo de sal y de alcohol. Además de los cambios en el estilo de vida, existen numerosos fármacos para controlar la presión arterial.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a través de los antecedentes familiares y personales, una exploración física y otras pruebas complementarias.

Historia clínica

Anamnesis

- Historia familiar o del paciente de presión arterial elevada, enfermedades cardíacas, renales, cerebrovasculares o diabetes mellitus.
- Tiempo de duración de la hipertensión arterial y cifras que ha alcanzado.
- Resultados y efectos secundarios de los medicamentos que se han utilizado.
- Historia de cómo se ha comportado su peso corporal, si realiza ejercicios físicos, cantidad de sal, grasa y alcohol que ingiere.
- Síntomas sugestivos de hipertensión arterial secundaria.
- Factores sicosociales y ambientales.
- Otros factores de riesgo: dislipidemias, hábito de fumar, obesidad, intolerancia a los carbohidratos y bajo peso al nacer.

Examen físico

1. Tres mediciones de la presión arterial para diagnóstico.
2. Calcular la presión de pulso.
3. Calcular el índice de masa corporal: peso corporal (kg)/[talla (m)²] y clasificarlo según la Organización Mundial de la Salud en:
 - a) Peso bajo: menor que 18,5 kg/m².
 - b) Normal: entre 18,5 kg/m² y 24,9 kg/m².
 - c) Sobrepeso: entre 25 kg/m² y 29,9 kg/m².
 - d) Obeso: mayor o igual que 30 kg/m².
 - Clase I: entre 30 kg/m² y 34,9 kg/m².
 - Clase II: entre 35 kg/m² y 39,9 kg/m².
 - Clase III: mayor o igual que 40 kg/m².
4. Examen del fondo de ojo: buscar retinopatía.

Clasificación de la retinopatía hipertensiva de Keith y Wagener:

 - a) Grado I: estrechamiento arterial.
 - b) Grado II: signo de Gunn (entrecruzamiento arteriovenoso patológico).
 - c) Grado III: hemorragias o exudados.
 - d) Grado IV: hemorragias o exudados con papiledema.
5. Examen del abdomen buscando soplos, aumento de los riñones, tumores, dilatación de la aorta.

6. Examen del aparato respiratorio buscando entre otros signos broncoespasmo o estertores húmedos.
7. Examen del cuello buscando soplos carotídeos, venas dilatadas y aumento del tiroides.
8. Examen del corazón precisando la frecuencia cardíaca, aumento del tamaño del corazón, elevación del precordio, clicks, soplos y arritmias.
9. Examen de las extremidades, precisando disminución o ausencia de pulsos arteriales periféricos, soplos y edemas.
10. Circunferencia de cintura medida en bipedestación, en el punto medio entre el borde costal inferior (última costilla inferior) y el borde superior de la cresta iliaca.
11. Examen neurológico de tener sospecha clínica de afectación neurológica.

Exámenes de laboratorio

Exámenes básicos

- Hemoglobina y hematocrito.
- Glucemia plasmática en ayunas.
- Análisis de orina (sedimento) y albuminuria (microalbuminuria o proteinuria, según corresponda).
- Creatinina sérica con estimación del filtrado glomerular teórico.
- Ácido úrico sérico.
- Potasio y sodio séricos.
- Colesterol sérico total, LDL colesterol, HDL colesterol y triglicéridos.
- Electrocardiograma.
- Ultrasonido renal y suprarrenal.

Pruebas adicionales según la historia médica, exploración física y hallazgos en las pruebas sistemáticas

- Rayos X de tórax, fundamentalmente si el paciente tiene larga historia de fumador o de enfermedad pulmonar.
- Prueba de tolerancia a la glucosa o hemoglobina glucosilada (HbA1c), según criterio clínico.
- Proteinuria cuantitativa en 12 h o 24 h.
- Monitorización de la presión arterial en el domicilio y ambulatoria de 24 h.
- Ecocardiograma.
- Ecodoppler carotídeo.
- Ultrasonidos en arterias periféricas y abdomen.
- Velocidad de la onda de pulso.

– Índice tobillo-brazo. (26,27y 28)

¿Cómo se realiza el tratamiento?

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. Los medicamentos son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, y el mismo requiere la adopción de hábitos de vida saludables evitando el consumo de tabaco, siguiendo un plan de actividad física y alimentación saludable con reducción del consumo de sal y de alcohol.

Además de los cambios en el estilo de vida, existen numerosos fármacos para controlar la presión arterial.

Consejos para el paciente con hipertensión:

- Moderar el tamaño de las porciones cuidando el cuerpo y evitando el sobrepeso.
- Evitar los alimentos con alto contenido en sodio (fiambres, embutidos, aderezos, quesos, etc.)
- Cocinar sin agregar sal. Reemplazarla por perejil, albahaca y otros condimentos.
- Reducir la ingesta de alcohol, que en las mujeres debe ser inferior a 98 gramos a la semana (150 ml de vino al día) y en los hombres inferior a 196 gramos a la semana (300 ml de vino al día).
- Sumar al menos 30 minutos diarios de actividad física de manera continua o acumulada: usar escaleras, caminar, bailar, andar en bicicleta, etc.
- Reducir el consumo de café.
- Consumir alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras.
- Abandonar el hábito de fumar.
- Tomar la medicación como acordó con su médico.

Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular total

La relación de presión arterial y riesgo de eventos de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanta más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus y enfermedad renal. La necesidad de disminuir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares es el principal motivo para enfocar el problema del control de la hipertensión arterial desde un punto de vista más integral y no solo centrado en las cifras de presión arterial como la principal variable para decidir la necesidad y el tipo de tratamiento.

Este enfoque se basa especialmente en el éxito demostrado por los aspectos preventivos en la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en países de Europa occidental, Canadá y Estados Unidos, por otra parte, solo una pequeña fracción de la población hipertensa presenta únicamente presión arterial elevada, mientras que la gran mayoría tiene factores de riesgo cardiovascular

adicionales. Además, cuando coexisten, la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular pueden potenciarse mutuamente, lo que resulta en un riesgo cardiovascular total mayor que la suma de sus componentes individuales.

En personas con complicaciones de la hipertensión arterial, diabéticos o no y con riesgo cardiovascular total alto las estrategias de tratamiento antihipertensivo, al igual que otros tratamientos, pueden ser diferentes de los indicados a personas de bajo riesgo. Hay evidencia de que, en personas de alto riesgo, el control de la presión arterial es más difícil y requiere con más frecuencia la combinación de fármacos antihipertensivos con otros tratamientos, como el tratamiento hipolipemiante intensivo y el antiagregante plaquetario.

La aterosclerosis es la base fisiopatogénica y anatomopatológica de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y suele ser el resultado de un conjunto de factores de riesgo cardiovascular, entre los que resalta por su importancia la hipertensión arterial. La estrategia terapéutica debe tener en cuenta el riesgo cardiovascular total, además de los niveles de presión arterial, para maximizar la relación costo-efectividad en el tratamiento de la hipertensión arterial. La prevención de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en el paciente hipertenso debe adaptarse a su riesgo cardiovascular total, cuanto mayor es el riesgo más intensamente debe aplicarse la estrategia para controlarlo y disminuirlo.

Medición de la presión arterial

La medición de la presión arterial debe cumplir requisitos importantes para hacerla con exactitud, pues a punto de partida de esta son precisadas las conductas apropiadas que se tomarán individualmente:

- El paciente descansará 5 min antes de que se le mida la presión arterial y no debe haber realizado ejercicios físicos intensos, fumado o ingerido comida, cafeína o bebidas alcohólicas por lo menos 30 min antes de la medición.
- Debe estar sentado y con el brazo apoyado a nivel del corazón. En casos especiales puede medirse en posición supina. En ancianos y diabéticos debe además medirse la presión arterial de pie.
- El manguito de goma del esfigmomanómetro debe cubrir por lo menos 2/3 partes de la circunferencia del brazo, el que debe estar desnudo.
 - Se insufla el manguito, se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20 mmHg o 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso.
 - Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa antecubital y se desinfla el manguito; la columna de mercurio o la aguja va descendiendo lentamente, a una velocidad aproximada de 2 mmHg/s a 3 mmHg/s.
- El primer sonido (Korotkoff I) se considera la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica la desaparición de este (Korotkoff V). Es importante señalar que la lectura de las cifras debe estar fijada en los 2 mmHg o divisiones más próximas a la aparición o desaparición de los ruidos.

– En el caso de los niños y adolescentes se debe tener en cuenta que el brazal del esfigmomanómetro debe cubrir las 2/3 partes de la longitud del brazo, no redondear las cifras de presión arterial y la utilización del quinto ruido de Korotkoff como presión arterial diastólica, con excepción de algunos niños en que los ruidos tiendan a no desaparecer, en los que se utilizará el cuarto ruido.

Se deben efectuar dos lecturas, separadas por 2 min como mínimo. Si la diferencia entre estas difiere en 5 mmHg debe efectuarse una tercera medición y promediarlas. Verificar en el brazo contralateral y tomar la lectura más elevada.

Objetivo General.

Evaluar intervención educativa para modificar conocimientos de los factores de riesgo en la hipertensión arterial. Octubre 2016- Octubre 2018. CMF La Caridad.

Objetivos específicos:

- 1-Distribuir la muestra estudiada según grupos de edades.
- 2-Distribuir los pacientes estudiados según sexo
- 3- Caracterizar la muestra estudiada según nivel de escolaridad.
- 4- Caracterizar la muestra estudiada según enfermedades crónicas asociadas.
- 5- Caracterizar los factores de riesgos asociados.
- 6-Evaluar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial antes y después de la intervención educativa.

Diseño metodológico:

Se realizó un estudio de intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial, en la población del CMF de La Caridad perteneciente al municipio Jobabo desde Octubre 2016 hasta Octubre de 2018.

Universo

Estuvo comprendido por 386 habitantes.

Muestra

Se seleccionó una muestra de 86 pacientes según muestreo probabilístico al simple azar. Para la recolección de los datos se confeccionó un cuestionario creado al efecto, para ello se tuvo en cuenta la literatura revisada y criterios del tutor de esta investigación.

Criterios de inclusión:

- Dispuestas a colaborar con el estudio y que residan al área de salud en el momento de la investigación.
- No presentar enfermedad o proceso mórbido invalidante que deterioren la capacidad mental del encuestado.

Criterios de exclusión:

- Aspecto de ética y bioética.
- No desear continuar en la investigación.

Consideraciones éticas:

Esta intervención se ajustó a las recomendaciones hechas a médicos que realizan investigaciones biomédicas, respetó la voluntariedad de las personas para participar o abandonar el estudio en el momento en que lo desearan, el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la dignidad de la persona. Se solicitó el conocimiento informado, mediante documento escrito con texto explicativo de los fines de la investigación y la garantía de anonimato y confidencialidad de sus resultados. (Anexo No 1)

Metódica

Este estudio de intervención se desarrolló en 3 etapas las cuales permitieron dar salida a los objetivos planteados.

1ra Etapa: Diagnóstica.

2da Etapa: Intervención propiamente dicha.

3ra Etapa: Evaluación.

1. Etapa diagnóstica.

En esta etapa se convocó a una reunión con los pacientes seleccionados para el estudio, donde se presentó el objetivo y la metodología de la investigación, y se solicitó el consentimiento informado de los mismos. (Anexo No 1) se aplicó una planilla encuesta (Anexo 2) donde se recogieron los datos generales de los participantes y los conocimientos sobre la Hipertensión Arterial.

Se revisaron las historias clínicas de cada uno de los pacientes en el estudio para identificar datos demográficos, empleando como variables demográficas la edad (cualitativa ordinal) y el sexo (cualitativa nominal dicotómica) de cada participante. Además, se identificó mediante la revisión de las historias clínicas y la aplicación de una encuesta (Anexo No 2), el período de padecimiento de la patología, los principales síntomas asociados, las características de la evolución clínica y el tratamiento recibido.

Operacionalización de las variables:

Las variables utilizadas se seleccionaron en correspondencia al problema científico y al sistema de objetivos trazados en la investigación.

| Variables | Tipo | Operacionalización | | Indicador |
|----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| | | Escala | Descripción | |
| Edad | Cuantitativa discreta | -25 años 25-59 años 60-64 años + 65 años | Según edad biológica | Porcentaje de adolescentes según edad |
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica | Femenino Masculino | Según sexo biológico | Porcentaje de pacientes según sexo biológico |
| Nivel de escolaridad | Cualitativa ordinal | Primaria Secundaria Preuniversitaria Universitaria | Según nivel de escolaridad | Porcentaje de pacientes Según nivel de escolaridad |
| Enfermedades crónicas asociadas. | Cualitativa nominal politómica | -Diabetes mellitus -Asma bronquial -Cardiopatía Isquémica -Hipertiroidismo -IRC | Según enfermedades crónicas asociadas | Porcentaje de pacientes según enfermedades crónicas asociadas |
| Factores de riesgo asociados | Cualitativa nominal Politómica | -Obesidad - Hábitos tóxicos - Hipercolesterol | Según factores de riesgo asociados | Porcentaje de pacientes según factores de riesgo asociados |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|--|
| <p>Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial antes y después de la intervención educativa</p> | <p>Cualitativa nominal dicotómica</p> | <p>emia Adecuado No adecuado</p> | <p>Según conocimientos sobre hipertensión arterial.</p> | <p>Porcentaje de pacientes según conocimientos sobre hipertensión arterial</p> |
|--|---------------------------------------|--|---|--|

2. Etapa de intervención:

Contenido de los encuentros:

Tema: I Introducción del programa educativo.

Tiempo: 45 min.

Objetivo.:

1. Presentación del curso y sus objetivos.
2. Presentación de los participantes utilizando técnicas participativas de presentación.
3. Diagnóstico inicial (Aplicación del cuestionario).

Actividades:

Introducción:

Para lograr establecer relaciones entre los participantes de la investigación se aplicará una técnica participativa por parejas que consiste en formar dúos con los participantes de la investigación los que conversarán durante breves minutos y posteriormente de forma organizada pasarán a presentar a sus parejas.

Actividad Principal:

Con el propósito de dar a conocer los objetivos del curso así como sus características fundamentales en cuanto a duración, frecuencia e importancia se confeccionarán pancartas sobre estos aspectos. De igual forma se darán a conocer definiciones, términos y palabras claves que serán utilizadas de forma mantenida durante la investigación dada su importancia, por lo cual se colocarán en un lugar del local a utilizar para las reuniones donde pudieran ser visualizadas por los participantes.

Cierre:

Como conclusión se realizará un debate orientado por el investigador sobre los aspectos fundamentalmente tratados.

Método de enseñanza: Conferencia

Recursos: pancartas.

Tema: II Charla educativa sobre generalidades de la HTA.

Tiempo: 45 min.

Objetivo.: Determinar nivel de conocimiento sobre HTA.

Actividades:

Introducción:

Para dar inicio al segundo encuentro se aplicará la técnica participativa “sigue la rima” que consiste en colocar en círculo a los participantes los que de forma consecutiva irán nombrando una fruta de forma que cada uno mencione cada vez una diferente y además incluya las ya mencionadas. Pierde aquel que demore más de 30 segundos en responder adecuadamente o que olvide alguna fruta ya mencionada.

Actividad Fundamental:

Se desarrollará una dramatización que consiste en asignar un rol a un número de participantes a partir de una situación problema en relación con el tema a tratar sin libreto lo que les permitirá actuar de forma espontánea. Seguidamente se procederá a la discusión del tema y debate grupal.

Cierre:

Para concluir se intercambiará con las participantes sobre qué se entiende por HTA y manifestaciones clínicas.

Método de enseñanza: Taller.

Recursos: papel y lápiz.

Tema: III Repercusión de la HTA sobre los diferentes órganos así como sus complicaciones.

Tiempo: 45min.

Objetivo.: Establecer métodos para prevenir y enfrentar los riesgos de la HTA.

Actividades:

Introducción: Se aplicará la técnica del “amigo secreto” que consiste en formar parejas al azar y de forma incógnita donde cada uno realice una pregunta relacionada con el tema impartido en la sesión anterior y así sucesivamente todos tendrán que preguntar y responder.

Actividad Fundamental:

Brindar la información considerada en este encuentro se procederá a mostrar un video sobre los temas a tratar, que detalle uno de los aspectos. Posteriormente se debatirá el tema.

Cierre:

Se aplicará la técnica “La Lotería” que consistirá en situar en una caja varias tarjetas, algunas en blanco y otras referentes a preguntas que deben contestar en relación con el tema que se impartirá en ese encuentro

Método de enseñanza: taller

Recursos: libros y materiales plegables, televisor.

Tema: IV Mitos y realidades. Uso de MNT.

Tiempo: 45 min.

Objetivo.: Logar que los participantes identifiquen mitos y realidades sobre la HTA, así como el uso de medicina natural y tradicional.

Actividades:

Introducción:

Para dar inicio a este encuentro se aplicará la técnica de “La rifa afectiva” que consiste en reunir una bolsa con pequeños papeles enumerados que coincidan con el número de participantes y que serán tomados los que determine el autor le ofrezca un premio afectivo que contiene en una lista: un poema, una frase vigorizante, una flor, una canción, un aplauso o un beso.

Posteriormente se recordará en conjunto aspectos del tema impartido en el encuentro anterior.

Actividad fundamental:

Se procederá por parte del autor a aplicar la técnica de “lluvia de ideas” que consistirá en solicitar a los participantes que enuncien las principales factores de riesgo de la hipertensión arterial así como sus métodos para prevenirlos, los cuales se van anotando en una pizarra lo que permite debatir el tema en conjunto posteriormente.

Cierre:

Para finalizar el encuentro se debatirán diferentes situaciones problemáticas de forma individual y dirigida donde se relacionará el uso de la medicina natural y tradicional como tratamiento y su importancia. Se dará a conocer los diferentes jardines de plantas medicinales existentes en la comunidad con sus diferentes especies de yerbas.

Método de enseñanza: taller.

Recursos: libros y material de apoyo plegable.

Tema: V Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la HTA.

Objetivo.: Lograr que los pacientes cumplan con indicaciones médicas adecuadamente, importancia del cambio en el modo y estilo de vida para una vida saludable.

Actividades:

Introducción:

Para dar inicio a este encuentro el investigador realizará un breve recordatorio del tema anterior, posteriormente a modo de evaluar los conocimientos recibidos se procederá a realizar preguntas al azar sobre dichos temas.

Actividad fundamental:

Se procederá a realizar una dramatización acerca de las diferentes formas de vida en la población

Cierre:

El encuentro finalizará con un intercambio de experiencias entre las participantes moderada por el autor.

Método de enseñanza: debate

Recursos: Material de apoyo mimeografiado.

Tema: VI Discusión grupal sobre HTA.

Tiempo: 45min.

- Objetivo. Evacuar las dudas que existieran en relación a los temas impartidos durante el programa educativo.
- Diagnóstico final.

Actividades:

Introducción:

Para dar inicio a este último encuentro se aplicó la técnica “caja de sorpresas”, en esta ocasión los participantes se colocarán en círculo y se irán pasando una caja que contendrá las preguntas que ofrecieran mayores dificultades en la evaluación final al tiempo que se escuchará una música que al ser detenida por el autor determinará que quien tenga la caja deberá responder la pregunta seleccionada al azar del interior de la caja.

Actividad fundamental:

Se impartirá por parte del investigador una breve aclaración sobre los temas que obtendrán más dificultades apoyándose en medios de enseñanza.

Cierre:

El investigador ofrecerá los resultados de la encuesta final de forma anónima y el encuentro finalizará con un intercambio de experiencia entre las participantes moderada por el autor.

Método de enseñanza: taller.

Recursos: Pizarra y tizas.

3. Etapa de evaluación:

Se procedió a evaluar la estrategia desarrollada a partir del conocimiento adquirido después de su aplicación, así como los cambios de las actitudes y comportamientos positivos logrados, para esto se aplicó la encuesta inicial.

Métodos a utilizar en la investigación:

En toda investigación de salud, desempeñan un papel fundamental los métodos empíricos, teóricos y estadísticos, en la presente los mismos han sido aplicados de la siguiente forma:

- **Métodos teóricos:**

Histórico lógico: dado porque se parte de una revisión exhaustiva de toda la evolución que ha tenido la aplicación del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial, en él se revelan los antecedentes y características de dicho tratamiento, lo cual contribuirá a la fundamentación del problema.

Análisis-síntesis: 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.

Hipotético-deductivo: ya que se deduce una hipótesis que permite la respuesta anticipada al problema científico objeto de la misma, inferida a partir de los principios sobre la eficacia de la aplicación de los antihipertensivos. El análisis de la información anterior, el conocimiento acumulado históricamente acerca de la relación entre el uso de estos medicamentos en pacientes con esta enfermedad crónica, así como

factores y condiciones en el territorio, elementos de riesgo y otros problemas relacionados con este problema.

Inducción-deducción: nos permitió realizar generalizaciones con respecto a las posiciones teóricas, llegar a nuevas conclusiones acerca del objeto de investigación y la formulación de hipótesis.

Modelación: como método teórico se justificó porque se realizaron propuestas que sirven de base para emprender nuevas acciones que puedan contribuir a controlar los síntomas con la aplicación del tratamiento.

Enfoque sistémico: para el análisis integral del objeto y organización jerárquica del sistema estudiado, sus componentes y relaciones causales que evidencien su unidad dialéctica y posibiliten el estudio del objeto de investigación en su dinámica.

Métodos empíricos:

Observación directa o indirecta: para la aplicación del programa desde sus inicios y hasta su culminación.

Criterios de expertos: Se utilizó para definir consensos acerca del valor teórico y práctico del programa y la propuesta de dimensiones, variables e indicadores con sus índices de medición.

Medición: permitió conocer las variables que se experimentarían en cada sujeto de la investigación.

Análisis documental: se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema a investigar en publicaciones disponibles en diferentes sitios web, libros impresos y en formato digital que sirvió de marco teórico a la investigación, priorizando magnitud, trascendencia y riesgos de la enfermedad.

Procesamiento de la información:

La recolección de la información se llevó a cabo a través de las fichas de salud familiar, las historias clínicas individuales y encuestas. Estas últimas estuvieron sometidas a un proceso de revisión con el objetivo de detectar errores, omisiones o duplicidades, excluyendo del estudio los que no cumplan los criterios de inclusión. Se llevaron a una base de datos (Microsoft Excel), creada al efecto.

Análisis y discusión de los resultados:

La tabla No. 1 muestra la distribución de los casos de acuerdo a su edad y sexo. En la misma se aprecia que existe un predominio en las edades de 50 a 60 años representando el 40.6% de la muestra; donde le continúan los de 30-49 años con un 33.7%. Comparando con estudios realizados por Dr. José Arturo Malpica Rivero; Dra. Liset Heredia Acosta; Dra. Ángela Ramírez Torres y Dr. Pedro Figueredo Guerra del Hospital Provincial Quirúrgico Docente “Manuel Ascunce Domenech” de Camagüey, los cuales estudiaron estas variables, podemos decir que los resultados no son similares pues en su estudio le continúa el grupo de edades mayor de 65 años como el más predominante.(36) Comparando además con otros estudios realizados por Dr. C. Juan Libre Rodríguez, Dra. Tania Laucerique Prado, Msc. Lisseth Noriega Fernández, Msc. Milagros Guerra Hernández de la Facultad de Medicina “Finlay-Albarrán” de La

Habana, Cuba (37), los resultados si fueron similares en cuanto a que la mayor prevalencia de Hipertensión Arterial fue en las mujeres. el autor considera que este elevado número de pacientes hipertensas se relaciona con los factores socio ambientales presentes en el área estudiada, el inadecuado modo y estilo de vida que la mayoría presentan. En relación al nivel de escolaridad donde predomina la secundaria básica terminada, con un total de 49 pacientes, lo que representó el 56.8%, hallazgos similares lo reportan los autores anteriores.

En la tabla 3 se muestra el comportamiento de algunas enfermedades crónica asociadas a la hipertensión arterial, como primer lugar tenemos la diabetes mellitus con 19 pacientes para un 22.7%, seguido del hipertiroidismo con 9 para un 10.6 %, asma bronquial con 6 para un 7.5 %,luego las cardiopatías isquémicas con 4 para un 4.75 % y la insuficiencia renal crónica con 2 caso para el 2.5% todo esto lo podemos comparar con investigaciones realizadas por Adonis Frómeta Guerra, Alexis Álvarez Aliaga, Sandra A. Sánchez Figueredo, Juan Carlos Fonseca Muñoz y Andrés Quesada Vázquez todos del Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Granma quienes en un estudio realizado consideraron que es bien conocida la asociación de la *diabetes mellitus* con la enfermedad arterial sistémica en todas sus expresiones (cardiopatía isquémica, arteriopatía de miembros inferiores y enfermedad cerebrovascular). Grados superiores de intolerancia hidrogenocarbonada se relacionaban con riesgo creciente de ictus de forma independiente a la presencia o no de otros factores de riesgo vascular, siendo de mayor peso específico los niveles de glucemia mantenidos que el tiempo de evolución de la enfermedad... estos mismos autores describen los factores asociados a la hipertensión arterial Hechos que pueden explicar los hallazgos de la presente serie, donde los hábitos tóxicos prevalecieron en 56 pacientes para un 65% , seguido de la obesidad , presente en 13 para un 15.8% y por último la hipercolesterolemia está considerada entre uno de los más importantes factores de riesgo para padecer enfermedades cerebrovasculares y su importancia radica en los efectos sobre la aceleración de la arteriosclerosis de ambas enfermedades,(6 pacientes para un 7.5%).

En la tabla # 5 se recogen los resultados obtenidos en la encuesta sobre el nivel de conocimiento que tienen las participantes sobre Hipertensión Arterial. Al inicio de la intervención educativa, 49 pacientes, lo que representa un 57%, demostraron conocimiento no adecuados en relación al tema. Sin embargo, al finalizar la intervención, se les aplicó nuevamente la encuesta, lográndose que el 91.9% de la muestra alcanzaron conocimiento adecuado sobre el tema en cuestión.

RESULTADOS

1. Predominó el sexo femenino en 53 pacientes para un 61.6%.
2. La edad que incidió fue el grupo etario de 50-60 años de edad en 35 pacientes para un 40.6%.
3. El nivel de escolaridad que prevaleció fue el de secundaria básica terminada en 49 pacientes para un 34.8%.

4. La Diabetes Mellitus fue la principal enfermedad asociada en 19 pacientes para un 22.7%.
5. Dentro de los factores de riesgos asociados el de mayor porcentaje fue los hábitos tóxicos en 56 pacientes para un 65%.
6. Existió un conocimiento no adecuado antes de la intervención educativa en 49 pacientes para un 57%, el cual se logró modificar en adecuado en 79 pacientes para un 91.9%.

CONCLUSIONES

1. Se logró brindar un conocimiento más amplio del tema a la población, actuando de forma directa sobre la conciencia y mejorando las efectividades en los tratamientos, llegando así a disminuir los factores de riesgos asociados.
2. Se evaluaron los cambios en el conocimiento sobre la Hipertensión Arterial y sus factores de riesgo después de aplicada la intervención educativa y se concluye que se lograron transformar de forma positiva.

RECOMENDACIONES

Lograr generalizar esta investigación a nivel de CMF con la finalidad de disminuir los factores de riesgo en la hipertensión arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Dueñas Herrera Alfredo. La hipertensión arterial. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2014 mayo 06]; 50(3): 232-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es.
2. Pérez Fernández Guillermo Alberto. Necesidad de la predicción del riesgo de hipertensión arterial desde la niñez. Medcentro [revista en la Internet] 2012 [citado 2014 ene 08]; 16(1) Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?read_result=cumed-50752&index_result=7
3. González Ybarzábal José Elías, Chirino Ramón Deysi María. Hipertensión arterial: el diagnóstico del daño en órganos diana en etapa subclínica. Gac Méd Espirit [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado

2014 may 06] ; 16(1): 6-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000100002&lng=es.

4. Alfonso Guerra JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. En: Estratificación y valoración del riesgo cardiovascular de la hipertensión. La Habana: Ciencias Médicas; 2010. p. 109-20.

5. Miguel Soca Pedro Enrique. Asociación entre hipertensión arterial y síndrome metabólico. *Medicentro Electrón* [revista en la Internet] 2012 [citado 2014 mayo 06]; jul.-sep.; 16(3) Disponible en:http://bvscuba.sld.cu/?read_result=cumed-51045&index_result=8

6. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2012 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 125(1):e2-e220.

7. Alcazar, José María; Oliveras, Anna; Orte, Luis María; Jimenez, Sara; Segura, Julián (septiembre de 2016). «Hipertensión arterial esencial». En Lorenzo, V.; López Gómez, J. M. *Nefrología al Día*(en inglés) (Elsevier). Consultado el 8 de junio de 2017.

8. Gabb, Genevieve M.; Mangoni, Arduino A.; Anderson, Craig S.; Cowley, Diane.; Dowden, John S.; Golledge, Jonathan. (2016). «Guidelineforthe diagnosis and management of hypertension in adults — 2016» [Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la hipertensión en adultos — 2016]. *Med J Aust*(en inglés) (Melbourne: National Heart Foundation of Australia) **205** (2): 85-89. ISBN 978-1-74345-110-6. doi:10.5694/mja16.00526. Consultado el 8 de junio de 2017.

9. Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD (2009). «Cap. 11 Hypertensive vascular disease».En Saunders (Elsevier).*Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease* (8th edición).ISBN 978-1-4160-3121-5.

10. Weber, Michael A.; Schiffrin, Ernesto L.; White, William B.; Mann, Samuel; Lindholm, Lars H.; Kenerson, John G. (enero de 2014). «Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community.A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension» [Guíasclínicaspara el manejo de la hipertensión arterial en la comunidad.Un comunicado de la sociedad americana de la hipertensión y la sociedad internacional de la hipertensión]. *JCH*(en inglés) (John Wiley&Sons, Inc.) 16 (1): 14-26. doi:10.1111/jch.12237. Consultado el 8 de junio de 2017.

11. Arce Espinoza, L, J. Monge-Nájera.2009. Hipertensión en el Personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica.

12. José F. Guadalajara Boo (jefe de Servicio Clínico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez). *Programa de actualización continua para Cardiología*. pp. p8.

13. DÍAZ, Mónica. ¿Cómo comenzar el tratamiento del paciente hipertenso?. *Revista Argentina de Cardiología* [online]. 2006, vol.74, n.3 [citado 2010-07-23], pp. 191-193. ISSN 1850-3748.
14. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, *et al.* (December de 2003). «Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure». *Hypertension* **42** (6): 1206-52. PMID [14656957](#). doi:10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2.
15. Mancia G, De Backer G, Dominiczack A, *et al.* (2007). «2007 Guidelines for the management of arterial hypertension». *European Heart Journal* (en inglés) (28): 1462-1536. doi:10.1093/eurheartj/ehm236. Archivado desde [el original](#) el 19 de noviembre de 2008.
16. Mancia G, De Backer G, Dominiczack A, *et al.* (2007). «Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007». *Rev EspCardiol*. **9** (60): 968.e1-e94.
17. «Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults». *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Consultado el 30 de diciembre de 2012.
18. Mancia G, Bertinieri G, Grassi G, Parati G, Pomidosi G, Ferrari A, *et al.* *Effects of blood-pressure measurements by the doctor on patient's blood pressure and heart rate*. *Lancet*. 1983.;2:695-8
19. Guinart Zayas Nancy. ¿Qué hacemos con un hipertenso de edad avanzada?. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2014 feb 23] ; 23(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400009&lng=es.
20. Barber Fox Maria Ofelia, Barber Gutiérrez Ernesto, Fox Pascual María. Hipertensión arterial experimental por medio del uso de un bloqueador competitivo de angiotensina II. *Rev Cubana Invest Bioméd* [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2014 marz 06]; 25(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
21. Chobanian AV *et al* (2003). «The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report.». *JAMA* **289**: 2560-72. PMID [12748199](#).
22. Jetté M, Landry F, Blümchen G (abril de 1987). «Exercise hypertension in healthy normotensive subjects. Implications, evaluation and interpretation». *Herz* **12** (2): 110-8. PMID [3583204](#).
23. Svetkey LP, Moore TJ, DASH collaborative research group y col. «Angiotensinogen genotype and blood pressure response in the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) study» (en inglés), en el *J Hypertens*, noviembre de 2001, 19 (11): págs. 1949-1956. Último acceso 27 de julio de 2010. PMID [11677359](#).
24. Feng J. He; Graham A. MacGregor: «How far should salt intake be reduced?» (artículo completo disponible en inglés), en *Hypertension*. 2003;42:1093. Último acceso: 27 de julio de 2010.

25. Ruiz Cobiella DM, GarcíaMartínez MA, Antunez Taboada J, Rodríguez Correa L. Intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia en pacientes con episodio de urgencia hipertensiva. AMC (revista en la internet).2011 Feb (citado 2015 enero 09); 15(1): 1-12. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1025-02552011000100003&lng=es>.
26. Cuba. Ministerio de Salud Pública.Hipertensión arterial. Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento/internet/. La Habana: Editorial: Ciencias médicas2018/citado 2 de mayo de 2019/Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial_guia_diagnostico/hipetension_arterial_guia1.pdf
27. Miguel Soca P E, Ponce de León D. Obesidad e hipertensión arterial. GacMédEspirit [Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Mayo 02] ; 17(1): 126-129. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100013&lng=es.
28. Santana Hernández E E, Pérez Pérez A. Agregación familiar en pacientes con hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Mayo 02] ; 33(3): 352-359. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000300008&lng=es
29. LlapurMilián R, González Sánchez R. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Mayo 02] ; 87(2): 135-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200001&lng=es.
30. Hiram Tápanes D, Díaz Ramírez F, Núñez Martínez R, Peña Fernández M. Coartación aórtica crítica en paciente con hipertensión arterial refractaria.Rev. de enfermedades cardiovasculares/internet/2015(citado 2 de mayo de 2019)/Vo.7.No.1.Disponible en:<http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2015/v7n1a15/coao-hta.html>
31. Miguel Soca PE, Peña González M Síndrome metabólico, hipertensión arterial y adiposidad MEDISAN /internet/20178citado 2 de mayo de 2019); 21(2):138.Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n2/san01212.pdf>
32. Santana López S , Perdomo Hernández M del C , Oramas Viera A , González Marrero A.Hiperreactividad cardiovascular y desgaste psíquico en la progresión a la hipertensión arterial en población trabajadora.Revista Cubana de Salud y Trabajo/internet/ 2015.(citado 2 de mayo de 2019)16(3):51-4.Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol16_3_15/rst06315.htm
33. Medina Martín AR, Hernández Palacio TL, VelosoRamírez D, Ramos Ramos L, Álvarez Navarro R, Valdivia Cañizares S. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes menores de 15 años con diagnóstico de hipertensión arterial. Gacmédespirit [Internet]. 2014 [citado 2019 May 2];16(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/61>

34. Martínez Pérez JR, Bermúdez Cordoví LL, Cruz Paz Zd. Hipertensión arterial y auriculoterapia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [revista en Internet]. 2015 [citado 2019 May 2];40(6):[aprox. 0p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/57>
35. Márquez Gonzále H, Yáñez GutiérreL , López-Gallegos D , Riera Kinkel C. Empleo del parche valvado en el tratamiento de la comunicación interauricular en pacientes con hipertensión arterial pulmonar grave. Estudio cuasi-experimental. CorSalud /internet/2015 (citado 2 de mayo de 2019) Jul-Sep;7(3):195-201. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2015/v7n1a15/coao-hta.html>
36. Malpica Rivero José Arturo, Heredia Acosta Liset, Ramírez Torres Ángela, Figueredo Guerra Pedro. Hipertensión arterial en el anciano. AMC [revista en la Internet]. 2006 [citado 2015 Ene 09]; 10(2)
37. Llibre Rodríguez Juan, Laucerique Prado Tania, Noriega Fernández Lisseth, Guerra Hernández Milagros. Prevalencia de la hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015 Ene 09]; 50(3): 242-251.)
38. Frómata Guerra Adonis, Álvarez Aliaga Alexis, Sánchez Figueredo Sandra A, Fonseca Muñoz Juan Carlos, Quesada Vázquez Andrés. Factores de riesgos de la enfermedad cerebrovascular aguda. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2010 Nov [citado 2015 Ene 09] ; 9(4): 534-544

Anexos: 1.

Título: Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Hipertensión Arterial es el aumento de las cifras tensionales superiores a 140/90 mmHg, esta puede ser la manifestación de una enfermedad o condición clínica específica permanente o un episodio transitorio por una causa conocida.

Esperando que usted coopere con esta investigación, le pido lo haga constar llenando lo que a continuación se le indica para el aseguramiento legal de su consentimiento.

Autor: _____

Por este medio el que suscribe: _____ reconozco que deseo participar en la investigación propuesta por el autor , una vez que se me ha explicado los objetivos de la misma, y los beneficios que reportará, tanto para mí (s) hijo (s) como para la comunidad en general.

Se me ha dado a conocer además, que el carácter de la información que ofrezca será del todo confidencial, utilizando la misma sólo con fines científicos. Tendré la posibilidad de retirarme de la investigación cuando lo estime conveniente sin que esto inspire represalia alguna.

Una vez aceptada mi participación en el estudio me comprometo a cooperar con mis esfuerzos a que la investigación se desarrolle adecuadamente, intentaré ayudar al autor, colaborando con mi

puntualidad y asistencia a las actividades que aquí se planifiquen en aras de la investigación. Y para constancia de lo anterior plasmo mi firma a continuación:

Participante: _____

Anexo 2.

Título: Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

ENCUESTA:

Estimados pacientes estamos realizando el estudio dentro del cual usted forma parte, necesitamos que las preguntas sean respondidas con la mayor sinceridad posible, pidiéndole su cooperación para obtener resultados confiables. Muchas gracias.

Datos generales:

Edad: _____ años

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Nivel de escolaridad:

Primaria sin terminar _____

Primaria _____

Secundaria _____

Preuniversitario _____

Universitario _____

Preguntas:

1. ¿Conoce usted que es la Hipertensión Arterial? Sí ___ No___

2. ¿Conoce Usted los factores de riesgos asociados a su enfermedad?

Sí ___ No___ Menciónelos

a) ¿Ha presentado algún familiar cercano esta enfermedad? Sí ___ No___

b) Antecedentes Patológicos Personales: Hipertensión Arterial.

Sí ___ No___

c) Enfermedades renales como glomerulonefritis aguda, nefropatías diabéticas, nefritis crónicas. Sí ___ No___

3. ¿Hace que tiempo usted padece de esta enfermedad?

4. ¿Cuáles son los principales síntomas que presenta?

5. ¿Ingiere algún medicamento para controlar los síntomas?

Sí _____ No _____

a) ¿Cuáles y en qué dosis?

6. ¿Conoce usted sobre cómo se toma la tensión arterial? Sí ___ No__

Sí_____ No_____

7. ¿Se considera La Hipertensión Arterial una enfermedad crónica?

8. ¿Qué métodos usted conoce para evitar La hipertensión Arterial?

9. ¿Conoce usted alguna complicación que puede producir la Hipertensión Arterial?

Anexo 3-

Título: Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

TABLAS:

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo. CMF La Caridad Jobabo.

2016- 2018.

| Grupos de edades | Sexo | | | | Total | |
|------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | No | % | No | % | No | % |
| 19-29 | 3 | 3.48 | 7 | 8.13 | 10 | 11.6 |
| 30-49 | 11 | 12.7 | 18 | 20.9 | 29 | 33.7 |
| 50-60 | 16 | 18.6 | 19 | 22.0 | 35 | 40.6 |
| > 60 | 3 | 3.48 | 9 | 10.4 | 12 | 13.9 |
| Total | 33 | 34.8 | 53 | 61.6 | 86 | 100 |

Fuente: Encuestas.

Tabla 2. Distribución de la población según nivel de escolaridad, CMF La Caridad, Octubre 2016 – Octubre 2018.

| Nivel de escolaridad | Masculinos | | Femeninas | |
|----------------------|------------|---|-----------|-----|
| | No | % | No | % |
| PT | 4 | 5 | 6 | 6.9 |

| | | | | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| SBT | 19 | 22 | 30 | 34.8 |
| PUT | 7 | 8.1 | 13 | 15.1 |
| UT | 3 | 3.5 | 4 | 4.6 |
| Total | 33 | 38.6 | 53 | 61.4 |

Fuente: Encuesta

Tabla 3. Distribución de enfermedades crónicas asociadas según sexo, CMF La Caridad, Octubre 2016 – Octubre 2018.

| Enfermedades Crónicas asociadas | Masculino | | Femenino | |
|---------------------------------------|-----------|------|----------|-----|
| | No. | % | No. | % |
| Diabetes mellitus | 11 | 12.7 | 8 | 10 |
| Asma bronquial | 2 | 2.5 | 4 | 5 |
| Cardiopatía Isquémica | 1 | 1.25 | 3 | 3.5 |
| Hipertiroidismo | 2 | 2.5 | 7 | 8.1 |
| IRC | 2 | 2.5 | 0 | 0 |

Fuente: Encuesta

Tabla 4. Distribución de los principales factores de riesgo según sexo. CMF La Caridad, Octubre 2016 – Octubre 2018.

| Principales factores de riesgos asociados | Masculino | | Femenino | |
|--|-----------|------|----------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Obesidad | 8 | 10 | 5 | 5.8 |
| Hábitos tóxicos | 30 | 34.8 | 26 | 30,2 |
| Hipercolesterolemia | 2 | 2.5 | 4 | 5 |

Fuente: Encuesta

Tabla 5 Distribución de la muestra según nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial antes y Después de la intervención. CMF La Caridad, Octubre 2016 a Octubre 2018.

| Nivel de conocimiento | Antes | | Después | |
|-----------------------|-------|-----|---------|------|
| | No | % | No | % |
| Adecuado | 37 | 43. | 79 | 91.9 |
| No adecuado | 49 | 57 | 7 | 8.1 |
| Total | 86 | 100 | 86 | 100 |

Fuente. Encuesta.