



## **Intervención educativa para hipertensos del consultorio 01- 07. Manatí 2017-2020.**

*Educational health intervention for high blood pressure patients at 01-07 doctor's office. Manatí 2017-2020.*

Taily Diaz Pupo,<sup>1</sup> Maria Antonia Acevedo Vega,<sup>2</sup> Iliana Pupo Batista.<sup>3</sup>

1. Residente de 2do año de la Especialidad de Medicina General Integral. Policlínico "Mártires de Manatí" <https://orcid.org/0000-0003-1032-0246>
2. Especialista de 2do grado en Medicina General integral y de 1er grado en Alergología. Profesora Asistente. Policlínico "Mártires de Manatí" <https://orcid.org/0000-0002-7152-1722>
3. Máster en Ciencias de la Educación. Licenciada en Español Literatura. Profesora Auxiliar. CUM Manatí. <https://orcid.org/0000-0002-9736-0728>

Correspondencia: [lialien2004@ltu.sld.cu](mailto:lialien2004@ltu.sld.cu)

### **RESUMEN**

Por la importancia que tiene la atención primaria de salud, se realizó un estudio de intervención educativa en los pacientes con hipertensión arterial (HTA) pertenecientes al consultorio 01-07 comunidad Los Edificios del Policlínico con Hospitalización "Mártires de Manatí" del Municipio Manatí en el período comprendido octubre 2017 –mayo 2020. El universo lo conformaron los 361 pacientes hipertensos y por muestreo aleatorio simple se escogieron 100 pacientes que constituyeron la muestra. La información se recogió a través de la encuesta a estos pacientes y como fuentes secundarias las Historias de Salud Familiar, las Historias Clínicas Individuales y el Cuestionario de Indicadores Diagnósticos (CID) para pacientes hipertensos con factores de riesgos. Los resultados se procesaron a través del método de los palotes, el cálculo porcentual y se llevó a cuadros de distribución de frecuencia. Se demostró la efectividad del programa aplicado y se propone generalizar esta metodología como una variante más en la intervención de la HTA en el nivel primario de atención de salud.

Palabras claves: hipertensión arterial, factores de riesgo, atención primaria de salud, médicos de familia.

### **ABSTRACT**

Due to the importance of primary health care, an educational health intervention study was carried out among high blood pressure (HBP) patients, who receive medical attention at 01-07 Los

Edificios doctor's office, of "Mártires de Manatí" Polyclinic with Hospitalization, in the municipality of Manatí, from October 2017 to May 2020. The universe was made up of 361 HBP patients and by simple random sampling, 100 patients were chosen to constitute the sample. The information was collected through a survey of these patients and as secondary sources family health records, individual medical records and the Diagnostic Indicators Questionnaire (DIQ) for HBP patients with risk factors. The results were processed through the tallying method and the percentage calculation. Then, they were taken to frequency distribution tables. The effectiveness of the applied program was demonstrated and it is proposed to generalize this methodology as another option to treat HBP at primary health care.

Keywords: high blood pressure, risk factors, primary health care, family doctors

## **INTRODUCCIÓN**

La hipertensión arterial (HTA), constituye uno de los problemas médicos sanitario más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y en Cuba, el control es, el factor aislado más importante sobre el que hay que actuar para disminuir en forma significativa la cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y renales que se manifiestan en la población adulta.<sup>1</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables, directa o indirectamente, de morbilidad, mortalidad, pérdida de calidad de vida y altos costos sanitarios en los adultos de todos los países, incluyendo los industrializados y con más desarrollo económico.<sup>1</sup>

Es una condición clínica multifactorial caracterizada por niveles elevados de la presión arterial. Además, se destaca que esta enfermedad es la más prevalente entre los adultos mayores, pues la mitad de esta población la sufre presentando altas tasas de morbilidad y mortalidad. Un diagnóstico precoz con acompañamiento efectivo y adecuado por los equipos de salud ayudan en el control de la presión arterial reduciendo complicaciones cardiovasculares, infarto de miocardio agudo, accidente cerebral vascular, problemas renales entre otras.<sup>2,3</sup>

Los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución aprobados por el VII Congreso del Partido y la Asamblea Nacional del Poder Popular, en abril-julio de 2016 (Lineamientos 123,124 y127), orientan el desarrollo integral de la salud pública. Lo anterior nos conduce a realizar un trabajo que dé respuesta a la importancia que tiene desarrollar en Cuba una política de control de los factores de riesgo de enfermedades vasculares y la hipertensión arterial tiene prioridad absoluta, tanto por su magnitud como por su grado de influencia y factibilidad de control.<sup>4</sup>

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el adecuado control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. La debida

percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión media de la población, lo que a su vez impacta sobre los factores asociados a la HTA; fundamentalmente sobre la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos en sangre, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.<sup>5-6</sup>

Los factores de riesgo son la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia. En la práctica clínica estos suelen aparecer agrupados en un mismo individuo, lo que se conoce, entre varias sinonimias, como síndrome metabólico. Si bien la predisposición genética juega un papel en muchos de los factores de riesgo, no hay dudas que los factores ambientales tienen mucho que ver. Dentro de estos, los llamados "hábitos y estilos de vida" parecen ser los de mayor peso.<sup>7</sup>

El equipo de salud exitoso en la lucha contra la hipertensión será el que logre en su comunidad, con la participación de todos, será el mayor impacto en tal sentido. En nuestra comunidad existe una relación de la posición socioeconómica con la salud en general. En esta área de salud existe un registro relacionado con factores de riesgos, ante la realidad de esta problemática. Motivados por lo que representa conocer que la prevención es la principal arma terapéutica con que cuenta el médico de familia se decide realizar este trabajo.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio de intervención terapéutica para favorecer los modos y estilos de vida saludables en pacientes hipertensos de la Comunidad Los Edificios del Policlínico "Mártires de Manatí" en el período comprendido octubre 2019– mayo 2020. El propósito del estudio fue que se lograra que más del 75% de la muestra alcanzaran los conocimientos relacionados con la HTA.

Se empleó el análisis histórico-lógico, el análisis documental y la sistematización como métodos teóricos.

El estudio se realizó en 3 etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación:

En la primera etapa: se aplicó una encuesta inicial para determinar el nivel de conocimientos que poseen los pacientes antes de la intervención.

En la segunda etapa: se aplicó la estrategia terapéutica donde los temas impartidos se ajustaron al diagnóstico inicial de la primera etapa, se crearon 5 grupos de 20 integrantes y una vez por semana, durante 45 minutos se desarrolló el plan temático previsto. Tuvo una duración de 7 semanas. Lo desarrolló el médico y la enfermera del consultorio médico de la comunidad y se dirigirán las acciones a puntos específicos.

1. Individuo: evaluación inicial que incluyó corroboración diagnóstica de la entidad central (hipertensión arterial) a través de la consulta con el médico de familia a los que se les impuso tratamiento. Se emplearon técnicas de educación alimentaria y actividad física individuales, orientación psicológica de ser necesario.

2. Familia: educación para la salud, apoyo, orientación nutricional, frecuencia una vez por mes. Basado en la solución de los problemas, presionar para que se ponga en tratamiento el paciente y ser firme en la presión que se le ejerce.

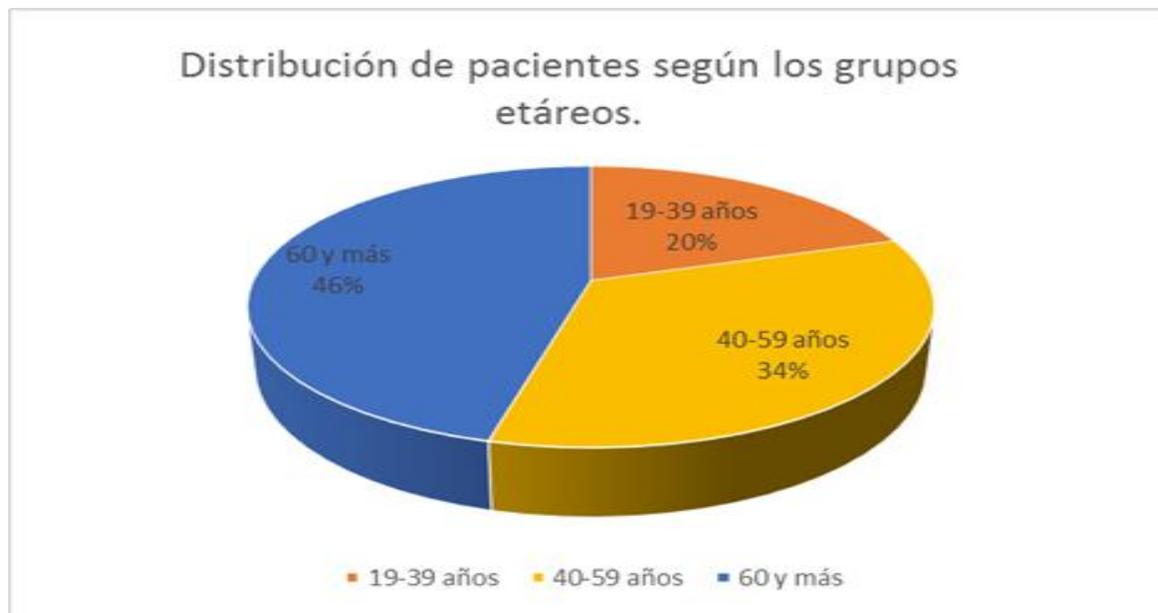
3. Comunidad: educación para la salud, intermediación social a través de los líderes formales e informales de la comunidad; frecuencia: una vez quincenal durante el primer mes y luego una vez mensual.

En la tercera etapa se aplicó nuevamente el instrumento inicial para evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por los pacientes una vez aplicada la intervención. Los resultados fueron analizados según criterios de los autores y comparados con estudios nacionales e internacionales; lo cual permitió emitir conclusiones.

## RESULTADOS

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática, controlable pero no curable, que tiene múltiples y serias repercusiones para la salud, genera altos costos económicos a las entidades prestadores, y requiere cambios permanentes de conducta y hábitos de vida en los pacientes, y también un compromiso activo una vez diagnosticada la enfermedad. Como se aprecia en el gráfico 1, predominaron los pacientes del grupo de más de 60 años con un 46% y las mujeres con un 63% (gráfico 2).

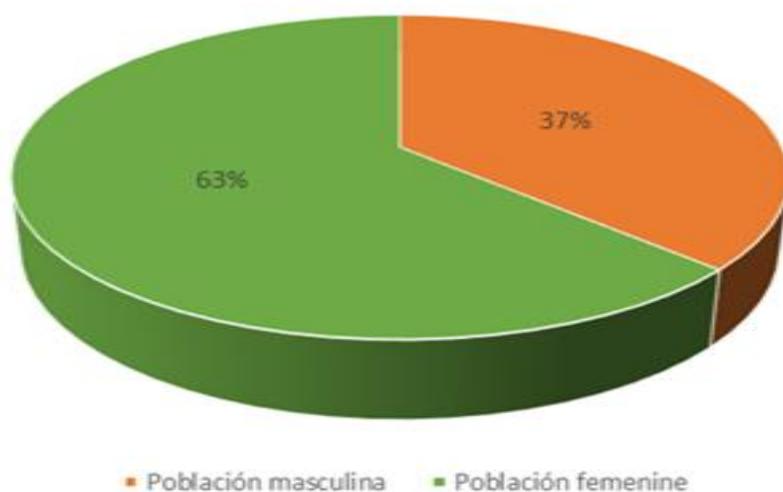
Gráfico 1. Distribución de pacientes según edad.



N=100 Fuentes: historia clínica y cuestionario

Gráfico 2. Distribución de pacientes según sexo.

Distribución de pacientes según sexo.

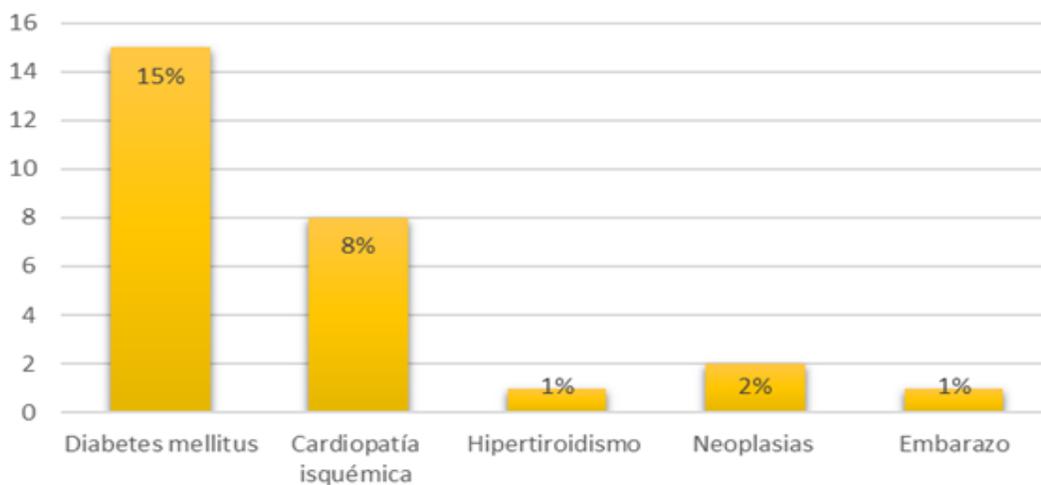


N=100 Fuentes: historia clínica y cuestionario

En el gráfico 3 se observan los antecedentes patológicos personales, constatándose que el 15% eran diabéticos, el 8% cardiopatas, el 2% presentaban enfermedades oncoproliferativas y el 1% presentaban hipotiroidismo y embarazo.

Gráfico # 3. Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales.

Distribución de pacientes según APP



N=100 Fuentes: historia clínica y cuestionario

Como se muestra en el gráfico # 3, el 15% de los pacientes eran diabéticos, el 8% cardiopatas siendo estos los antecedentes patológicos personales más representativos. Predominan el sedentarismo con 95% de los casos, la obesidad en el 69% de los pacientes y el tabaquismo activo lo refirieron el 35% de la muestra (gráfico 4).

Gráfico # 4. Distribución de pacientes hipertensos según factores de riesgo.

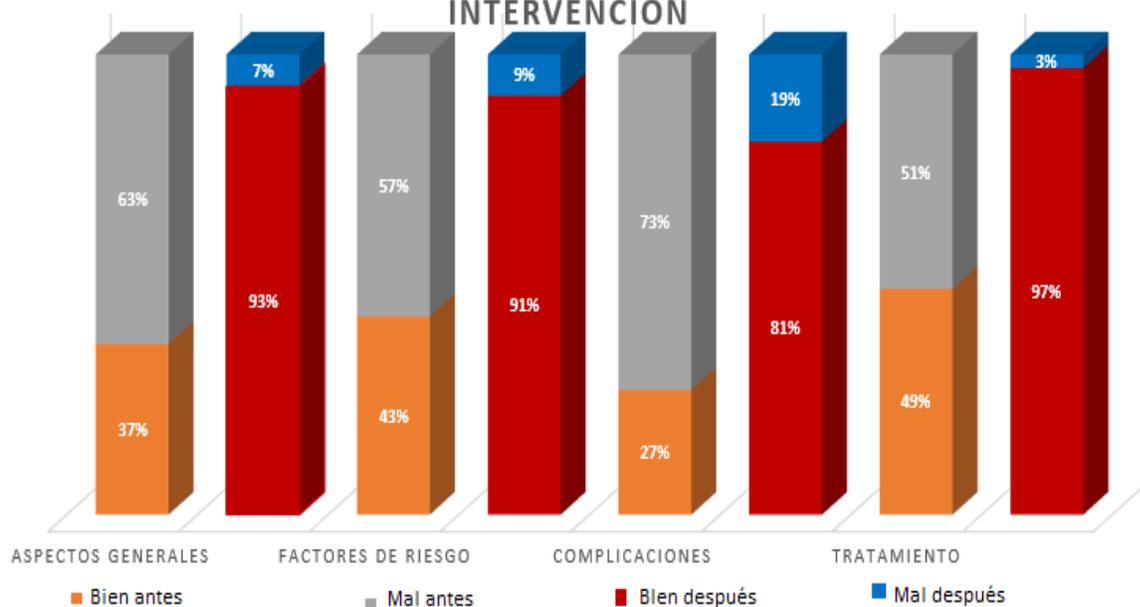


N=100 Fuentes: historia clínica y cuestionario.

En el gráfico 5 se aprecia que los pacientes tenían al inicio del estudio mayores conocimientos en cuanto a los factores de riesgo y el tratamiento de la hipertensión arterial y menos en los aspectos generales y las complicaciones. Se logró incrementar en más del 50% los conocimientos en cuanto a los aspectos generales y en los aspectos con mayor sapiencia se alcanzó por encima del 48 % de conocimientos. Se alcanzó el objetivo del estudio una vez que se alcanzó que el 93% elevó sus conocimientos en cuanto a los aspectos generales de la HTA, el 91% en cuanto a los factores de riesgo, el 81% en relación con las complicaciones y el 97% en cuanto al tratamiento (medidas generales, la dieta, la MNT y el tratamiento farmacológico).

Gráfico 5. Comparación de variables al año de implementado.

## COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INTERVENCIÓN



N=100 Fuentes: historia clínica y cuestionario.

### DISCUSIÓN

Con relación a la prevalencia del sexo femenino coincide con estudio realizado por Nuria<sup>8</sup> en el que la mayoría de sus pacientes el 81% fueron mujeres. En relación con la edad de los pacientes de la población en estudio, la mayoría eran mayores de 50 años. Es sabido que a mayor edad se producen mayores cambios vasculares (mayor disfunción endotelial, mayor rigidez arterial) favoreciendo el desarrollo de la HTA.<sup>7</sup>

Al culminar el año 2010 en México, existía un total de 202,7 hipertensos por cada 1 000 habitantes, con un franco predominio del sexo femenino, que mostró una tasa de prevalencia de 219,8; mientras que en los hombres se constató una tasa inferior, de 185,5.<sup>3</sup> En la investigación, en correspondencia con lo anteriormente planteado, predominaron los hipertensos del sexo femenino, representando el 68,75 %.

La edad es un factor de riesgo no modificables, se explica que con la edad se incrementa la actividad simpática y disminuye la sensibilidad de los barorreceptores y de la capacidad de respuestas reguladoras de los sistemas, se incrementa la TA sistólica y todos los marcadores de aterosclerosis y la rigidez arterial.<sup>7</sup>

Las tendencias mundiales al incremento de las expectativas de vida en la mayoría de los países han propiciado que una gran cantidad de personas transiten hacia el envejecimiento. En la mayoría de los países la prevalencia de la HTA se encuentra entre el 15% y el 30%.<sup>3</sup>

Existen numerosas teorías que tratan de explicar el envejecimiento, pero la consecuencia final básica de todos los cambios biológicos que ocurren con el de cursar de los años, es la

degeneración arteriosclerótica en la microcirculación que afecta a todos los sistemas y lleva a la pérdida de elasticidad vascular y degeneración intrínseca de los elementos anatómicos que regulan la tensión arterial, esto explica por qué la TA es directamente proporcional a la edad. Sin embargo en los últimos años, la hipertensión cada vez es más frecuente en adultos jóvenes entre los 25 y 30 años.<sup>3</sup>

Antes de la menopausia, la mujer se encuentra relativamente protegida frente a accidentes cardiovasculares y es excepcional el infarto de miocardio mientras se mantiene una función ovárica normal. Posterior a esta etapa se reducen los efectos beneficiosos de los estrógenos que inducen a una vasodilatación tanto en las arterias coronarias como en las periféricas. Lo anterior se asocia con un incremento del grosor de la pared ventricular y una reducción del volumen sistólico que aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca.<sup>7</sup>

El estilo de vida saludable<sup>9</sup> es de importancia en pacientes con riesgo de ser hipertensos o con historia familiar de hipertensión. Este sistema de vida debe constituirse en permanente para el paciente, con participación de toda la familia, lo que es un apoyo importante para el individuo que debe someterse a estos cambios. Hay estudios que demuestran fehacientemente la efectividad de los cambios de hábitos en disminuir las cifras de presión y los riesgos asociados a ella, independiente de la severidad de la HTA. Se conoce que la adopción de hábitos de estilo de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial (PA) y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos.

Es por eso que siempre, y sin considerar la etiología ni importar los valores de presión arterial, se deberá comenzar el tratamiento con las medidas no farmacológicas<sup>9</sup> o mejor llamadas cambios de estilo de vida. Se debe indicar al paciente y a su familia los fundamentos y la importancia de realizar correctamente estas medidas, las que son tan o más importantes, en algunos casos, que el tratamiento farmacológico. Se debe involucrar a toda la familia en estos cambios de estilo de vida, que además de ser de muy bajo costo, no presentan efectos colaterales y ofrecen efectividad en descender la presión arterial. Junto con ello, se evitan los síntomas indeseados de los medicamentos.

El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA)<sup>7,10</sup> se basa en unas modificaciones en el estilo de vida, apoyadas cuando sea necesario con terapéutica farmacológica. Las medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser instauradas en todos los hipertensos o individuos con presión arterial elevada, bien sea como tratamiento de inicio (riesgo añadido bajo-moderado), o bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Sin embargo, en la práctica habitual, no se le confieren a estas medidas su real importancia.

Aunque todos los factores de riesgo cardiovascular<sup>11</sup> deben ser considerados a la hora de evaluar el riesgo individual y de establecer planes de intervención, la HTA es uno de los más importantes,

tanto desde el punto de vista cualitativo como del cuantitativo, y es en nuestros días uno de los mayores focos de atención de las estructuras sanitarias de todos los países.

Dentro de los factores de riesgo de la HTA<sup>11-18</sup> se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de HTA. Dentro de los factores de riesgo psicosocial se destacan aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, ingestión inadecuada de sal, hipercolesterolemia, y estrés. En la etiología de la hipertensión arterial primaria intervienen factores genéticos, ambientales que involucran mecanismos hemodinámicos, neurales, humorales y renales. No obstante, a los esfuerzos realizados por el personal de salud, existe un gran porcentaje de hipertensos que no se han detectado por lo que aparece un su registro a nivel nacional de acuerdo con la prevalencia.

La edad es el factor de riesgo no modificable en el que más de 2/3 de todas las personas de 60 años y más son hipertensos.<sup>11</sup> Las tendencias mundiales al incremento de las expectativas de vida en la mayoría de los países han propiciado que una gran cantidad de personas transiten hacia el envejecimiento.

Demostrándose que, después de los 50 años, casi el 50% de la población padece de HTA, convirtiéndose en la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos. Aumentando así la prevalencia y la frecuencia de la HTA con la edad en todos los grupos: razas blanca, negra y mestiza varones y mujeres, constituyendo un problema de salud muy frecuente en la población geriátrica donde el 65% de las personas de 67-74 años de edad son hipertensos.<sup>13,14</sup>

Existen numerosas teorías que tratan de explicar el envejecimiento, pero la consecuencia final básica de todos los cambios biológicos que ocurren con el de cursar de los años, es la degeneración arteriosclerótica en la microcirculación que afecta a todos los sistemas y lleva a la pérdida de elasticidad vascular y degeneración intrínseca de los elementos anatómicos que regulan la tensión arterial, esto explica por qué la TA es directamente proporcional a la edad.<sup>14</sup>

Esto se puede explicar debido a que con la edad se incrementa la actividad simpática y disminuye la sensibilidad de los barorreceptores y de la capacidad de respuestas reguladoras de los sistemas, se incrementa la TA sistólica y todos los marcadores de aterosclerosis y la rigidez arterial.<sup>15</sup>

A partir de la quinta o sexta décadas de la vida, la hipertensión arterial sistólica aumenta (> 140 mmHg) y la diastólica se mantiene o disminuye (< 90 mmHg) y se incrementa la presión diferencial. La causa es la rigidez de las arterias de conductancia por la aterosclerosis y la acción de algunas hormonas como: adrenalina, noradrenalina, angiotensina II y aldosterona sobre la pared media arterial. El diagnóstico se hace constatando hipertensión sistólica aislada en pacientes mayores de 50 años.<sup>16</sup>

Las arteriolas aferentes y eferentes intraglomerulares y extraglomerulares de los riñones también sufren el proceso de envejecimiento de los vasos, se reduce el filtrado glomerular con la consiguiente retención de sodio y agua, y aumenta más la presión arterial.<sup>3</sup>

La medida que aumenta la edad de los pacientes hipertensos, lo que coincide con la literatura revisada y en este caso puede estar en relación además con el hecho de que en esta área de salud se atiende una población envejecida. En la bibliografía médica revisada coinciden con otros estudios poblacionales en las cuales han mostrado que la mujer tiene una esperanza de vida mayor, y la incidencia de hipertensión arterial se incrementa con el avance de la edad; en personas mayores de 65 años, las mujeres tienen una incidencia mayor.<sup>18,19</sup>

En ese momento se iguala o pueden encontrarse más hipertensos en las féminas, lo cual está relacionado con la disminución de estrógenos ováricos propios de la menopausia que tiene efecto vasodilatador directo, dependiente de una activación de la síntesis de óxido nítrico y prostaciclina (PGI<sub>2</sub>). Inversa mente proporcional hasta los 40 años (33% contra 27%). Siendo más frecuente en el varón que en la mujer hasta después de esta edad, en el cual las cifras se invierten.<sup>18,19</sup>

Antes de la menopausia, la mujer se encuentra relativamente protegida frente a accidentes cardiovasculares y es excepcional el infarto de miocardio mientras se mantiene una función ovárica normal. Posterior a esta etapa se reducen los efectos beneficiosos de los estrógenos que inducen a una vasodilatación tanto en las arterias coronarias como en las periféricas. Lo anterior se asocia con un incremento del grosor de la pared ventricular y una reducción del volumen sistólico que aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca.<sup>18,19</sup>

El consumo de cigarrillos forma aguda puede originar una respuesta presora la cual puede producir elevación de la presión arterial mediado por aumento del tono adrenérgico. Cada cigarro produce una subida de la PA pasajera y reversible, teniendo una duración de algunos minutos. Pero el daño vascular se acumula. El abandono del tabaco es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades, tanto cardiovasculares como no cardiovasculares, en los pacientes hipertensos. Aquellos fumadores que abandonan el tabaco antes de los 40 o 50 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores. Aunque el efecto presor del tabaco es muy pequeño y el abandono del mismo no reduce la PA, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar. Todos los pacientes hipertensos que fuman deben recibir el consejo apropiado para que dejen de hacerlo. Este hecho debe suponer un aumento evidente en el período de tiempo dedicado a la primera visita o primer contacto con el paciente y debe reforzarse en cada visita sucesiva, hasta conseguir el abandono total. El abandono del tabaco es en ocasiones un objetivo difícil ante la importante adicción que provoca el hábito. La conciencia del peligro del hábito y la voluntad de su abandono son las principales herramientas que garantizan el éxito. En muchos casos, el soporte psicoterapéutico especializado y el tratamiento sustitutivo con nicotina pueden servir de ayuda a los pacientes con voluntad de dejar de fumar.<sup>20</sup>

Obesidad: diagnosticada según el cálculo del índice de masa corporal (IMC= 30). Se tomó como referencia las tablas de valores cubanos del IMC para edad y sexo. El sobrepeso, y sobre todo la obesidad, se asocian frecuentemente a hipertensión sistólica. En estos pacientes se encuentra rigidez de las arterias de mayor calibre. 17, 26,28 También se observa engrosamiento de la pared de las carótidas, de la íntima-media y una relación inversa entre la función endotelial y el índice de masa corporal.<sup>3,5,9,16</sup> Se ha sugerido como causa de estas alteraciones a la estimulación del sistema nervioso simpático por intermedio de la leptina, una hormona que se forma en el tejido adiposo. De nuevo, esto podría ser causa principal o coadyuvante de la rigidez de las arterias de conductancia ya que la adrenalina y la noradrenalina engrosan y reducen la complianza de las paredes arteriales.

La reducción de peso a un IMC <25 es beneficiosa. Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m<sup>2</sup>). Epidemiológicamente se ha demostrado una correlación positiva entre el peso corporal y la HTA, mecanismo mediado por hiperinsulinismo a modo de compensación de la resistencia a la insulina, estimulando el sistema nervioso simpático. También se han encontrado trastornos como la resistencia a la insulina, activación del sistema nervioso simpático, retención de sodio, resistencia a leptina e incluso cambios en la estructura del parénquima renal, aunque la vasoconstricción y la retención de sodio son los principales mecanismos de elevación de la presión. La mayoría de estos efectos son reversibles en la medida que se disminuye el peso corporal. El control del peso corporal, se considera la base principal del tratamiento no farmacológico y en consecuencia una de las medidas más eficaces en la prevención primaria de la hipertensión arterial y de los factores de riesgo cardiovascular asociadas a la misma.<sup>3,5,9,16</sup>

La ganancia de peso/obesidad constituye el agente ambiental decisivo que permite su aparición. La obesidad se correlaciona directamente con la hipertensión arterial en adultos puede ser responsable de hasta un 30 % de los casos. En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 21 y 13 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD). Sedentarismo: paciente con profesión de inactividad física o poco consumidor de energía, que no realiza otro tipo de actividad como caminatas o ejercicios aerobios. Coincidente con el presente estudio, Pandey y colaboradores refieren que la alta prevalencia de riesgo cardiovascular e hipertensión se relaciona con la baja actividad física. De manera general, a los pacientes se les recomiendan ejercicios aeróbicos (correr, montar bicicletas, trotes, natación), pues se sabe que una actividad física aeróbica sistemática favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal con un consiguiente bienestar físico y psíquico del individuo. El ejercicio físico mejora la función miocárdica y atenúa factores de riesgo tales como obesidad, diabetes mellitus y la misma HTA.<sup>3,5,9,16</sup>

Por lo anterior planteadado, los pacientes con baja actividad física se privan de los beneficios de la misma. En el presente estudio se ha demostrado que aún persisten en los pacientes hipertensos

los factores de riesgo sobre los cuales se puede actuar desde la atención primaria de salud, en aras de disminuir las crisis hipertensivas que pueden dar al traste con la vida de los pacientes.<sup>3</sup>

Comer un alto contenido de frutas, verduras, cereales, papas, legumbres, frutas secas, aceite de oliva, queso, yogurt, pescado y pollo, escasas carnes rojas y vino en cantidades pequeñas, con reducción de la grasa total y especialmente saturada: Esta dieta ha demostrado disminuir la mortalidad cardiovascular. Aunque ningún componente aislado puede explicar todos los beneficios, parece que estarían en relación a su elevado contenido en ácidos omega 3 (pescados). Reduce de 8-14 mmHg. A pesar de tener una indudable riqueza de peces en nuestro mar, el consumo de pescado es bajo, debiéndose alentar un mayor consumo. Por otra parte, somos afortunados por contar con una amplia variedad de frutas y verduras durante todas las estaciones del año. Se debe introducir cambios graduales en el hábito alimentario, incrementar el consumo de frutas y verduras; en reemplazo de gaseosas o refrescos azucarados, consumir jugos de frutas al natural, sin azúcar.<sup>21</sup>

Se conoce que la adopción de hábitos de estilo de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial (PA) y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. Es por eso que siempre, y sin considerar la etiología ni importar los valores de presión arterial, se deberá comenzar el tratamiento con las medidas no farmacológicas o mejor llamadas cambios de estilo de vida. Se debe indicar al paciente y a su familia los fundamentos y la importancia de realizar correctamente estas medidas, las que son tan o más importantes, en algunos casos, que el tratamiento farmacológico. Con o sin antecedentes familiares de hiperlipidemias, hipertensión, obesidad, etc., se debe involucrar a toda la familia en estos cambios de estilo de vida, que además de ser de muy bajo costo, no presentan efectos colaterales y ofrecen efectividad en descender la presión arterial. Junto con ello, se evitan los síntomas indeseados de los medicamentos.<sup>3</sup>

El cumplimiento de las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la HTA es muy bajo. Los pacientes que tienen un mejor cumplimiento del tratamiento no farmacológico presentan mejores controles de su presión arterial. La importancia del tratamiento no farmacológico se debe a que un importante número de pacientes pueden controlarse con las medidas higiénico-dietéticas y por tanto se reduce el número de los tratamientos farmacológicos empleados.<sup>3</sup>

## **CONCLUSIONES**

En la comunidad predominaron las mujeres hipertensas, y los mayores de 60 años. Además los que tienen como APP la Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Isquémica y que presentan como factores de riesgo el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo. Con el estudio se logró incrementar los conocimientos relacionados con la HTA (aspectos generales, factores de riesgo, complicaciones y tratamiento) en más de un 80%.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez González, Katerinne. Valdés del Pino Ana Margarita. Pérez González, Denis. Delgado Cruz Amarily y Naranjo Ferregut, Jorge. Valoración del control del paciente hipertenso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Ago [citado 2017 Feb 23] ; 16( 4 ): 36-45. Disponívelem: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000400005&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000400005&lng=pt).
2. C. Escobar M, Abad Cardiel, Ma Prieto. Cambios en los objetivos terapéuticos y grado de control de la hipertensión arterial: Nuevas evidencias. HipertensRiesgoVasc.2016;33(2):63---68{Revista en Internet}2016{citada5 febrero 2016.Disponible en [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S188918371600009X.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S188918371600009X.pdf?locale=es_ES)
3. Campos-Nonato Ismael, Hernández-Barrera Lucía, Rojas-Martínez Rosalba, Pedroza Adolfo, Medina-García Catalina, Barquera-Cervera Simón. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [periódico na Internet]. 2013 [citado 2017 Feb 23] ; 55( Suppl 2 ): S144-S150. Disponible em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=pt).
4. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución aprobados por el VII Congreso del Partido y la Asamblea Nacional del Poder Popular, en abril-julio de 2016 (Lineamientos 123,124 y127).
5. Pérez-Idárraga Alexandra, Valencia Gómez Katerine, Gallo Villegas Jaime, Arenas Sosa Mónica, Quintero Velásquez Mario A.. Intervención con rumba y educación nutricional para modificar factores de riesgo cardiovascular en adultos con síndrome metabólico. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015 Jan [citado 2017 Feb 22] ; 37( 1 ): 29-37. Disponible em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000100004&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000100004&lng=pt).
6. Buendía Jefferson, Antonio. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. Biomédica [Internet]. 2012 Dez [citado 2017 Feb 23] ; 32( 4 ): 578-584. Disponívelem: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572012000400013&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572012000400013&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.421>
7. Dueñas Herrera Alfredo. La hipertensión arterial. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015 Mayo 20] ; 50(3): 232-233. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es).
8. Nuria V. Ferrera N, MoineD.H, Yañez D.C.Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. 2009.

9. Fadrugas Fernández Alejandro Luis, Cruz Álvarez Nélica María, Guerrero Guerrero Lázaro Gregorio, Fernández Machín Luis Manuel, González García Verónica Marlene, Ruibal León Antonio J.. Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2015 Mayo 20] ; 20(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000200007&lng=es).
10. Sierra A y col. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. Med Clin Barc. 2008; 131(3):104 - 16.
11. Álvarez Toste M, Alfonso Sague K, Bonet Gorbea M, Romero Placeres M. Calidad de Vida Relativa a Salud e Hipertensión Arterial en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2013 Feb 07]; 47(3): Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=223220068003>
12. Álvarez González Katerinne, Valdés del Pino Ana Margarita, Pérez González Denis, Delgado Cruz Amarily y Naranjo Ferregut Jorge A. Valoración del control del paciente hipertenso. Rev de Cien Méd [revista en la Internet] 2012 [[citado 2013 Feb 07]; 16(4): Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm16-4/050412.htm>
13. Corrales Varela Ariel Iván, Quintero Pérez William, González Regalado Yanet, Semino Boffill Bernardo, Arencibia Díaz Luis. Factores de riesgo y desarrollo de crisis hipertensivas en hipertensos, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2013 Feb 12] ; 16(1): 76-86. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100010&lng=es).
14. Vázquez Vigoa Alfredo, Fernández Arias Manuel Antonio, Cruz Álvarez Nélica María, Roselló Azcanio Yamilé, Pérez Caballero Manuel Delfín. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo: Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Feb 06] ; 45(3): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232006000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000300001&lng=es).
15. Dueñas Herrera AF, Hernández O, Armas Rojas N, Sosa E, de la Noval García R, Aguiar J. Manejo Comunitario de la Hipertensión arterial en el municipio Jagüey Grande, Matanzas. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. [Internet] 2010 Ago [citado 2013 Feb 07]; 16(3): [Aprox. 8p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16\\_3\\_10/car04310.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_3_10/car04310.html)
16. Blanco Romero Manuel Alejandro , Martínez Gutiérrez Anaysel. Romero Sánchez Natacha. Consideraciones sobre hipertensión arterial, año 2012. Revista Universidad Médica Pinareña [revista en la Internet] 2012 [citado 2013 Feb 07]; 7(2): Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-estud/rev-estud7-2/rev-estud72-2.html>
17. Fadrugas Fernández Alejandro Luis, Cruz Álvarez Nélica María, Guerrero Guerrero Lázaro Gregorio, Fernández Machín Luis Manuel, González García Verónica Marlene, Ruibal León Antonio J.. Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio médico. Rev Cubana Med

Gen Integr [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2013 Feb 12] ; 20(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000200007&lng=es).

18. Díaz J, Achillé FS, Waisman G, Langlois E, Galarza C, González B, de Quiros F. Prevención de Eventos Cardiovasculares en hipertensas mayores de 65 años bajo el cuidado de un programa de control. Estudio de cohorte. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 167-17
19. Aranda Lara P. Menopausia, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Hipertensión.1995; 12:103-4.
20. Farías E, Decerchio A, Fernández E, Camacho S, González A, Romano A, et al. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial. 4to. Congreso Virtual de Cardiología; 2005 [citado 11 Ago 2012 ]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerías/pdf/servicios/hta/factores-relacionados>
21. Díaz J, Achillé FS, Waisman G, Langlois E, Galarza C, González B, de Quiros F. Prevención de Eventos Cardiovasculares en hipertensas mayores de 65 años bajo el cuidado de un programa de control. Estudio de cohorte. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 167-17
22. Sacos FM. Terapia dietética en la hipertensión. N Engl J Med. 2010; 362:2102-2112