

UCLV
Universidad Central
"Marta Abreu" de Las Villas



FQF
Facultad de
Química y Farmacia

Departamento de Ciencias Farmacéuticas

TRABAJO DE DIPLOMA

Título: Diseño de un programa educativo de intervención comunitaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de pacientes hipertensos.

Autor: Anabel Pozo González

Tutora: Dr.C. Daymí Isabel Carrazana García



UCLV
Universidad Central
"Marta Abreu" de Las Villas



FQF
Facultad de
Química y Farmacia

Academic Department of Pharmaceutical Sciences

DIPLOMA THESIS

Title: Design of an educational program of community intervention to contribute to the improvement of the quality of life of hypertensive patients.

Author: Anabel Pozo González

Thesis Director: PhD. Daymí Isabel Carrazana García



2021



Este documento es Propiedad Patrimonial de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, y se encuentra depositado en los fondos de la Biblioteca Universitaria “Chiqui Gómez Lubian” subordinada a la Dirección de Información Científico Técnica de la mencionada casa de altos estudios.

Se autoriza su utilización bajo la licencia siguiente:

Atribución- No Comercial- Compartir Igual



Para cualquier información contacte con:

Dirección de Información Científico Técnica. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Carretera a Camajuaní. Km 5½. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. CP. 54 830

Teléfonos.: +53 01 42281503-1419

Exergo

*“...No somos lo que somos, sino lo que hacemos para
cambiar lo que somos.”*

Eduardo Galeano (1940)

Dedicatoria

A mi familia, principalmente a mis padres que son instrumento de fortaleza y sabiduría en cada meta que he emprendido, por el apoyo brindado para seguir adelante, porque gracias a ellos aprendí que el esfuerzo y la constancia son parte fundamental de la vida.

Agradecimientos

A Dios, por la vida que me ha dado y por brindarme salud, fortaleza y capacidad para afrontar cada desafío.

A mi madre por su esfuerzo, por el amor y la confianza que siempre ha tenido en mí.

A mis abuelos, quienes han sido piezas fundamentales en mi crecimiento espiritual y formación profesional.

A mis amigos, quiero agradecer el interés mostrado por mi trabajo, los ánimos recibidos en todo momento y su amistad.

A Susana Meneses Gómez, por ayudarme a lo largo de la carrera.

A mi tutora, que me guió con nobleza y sacrificio compartiendo sus conocimientos.

En fin, a todas las personas especiales que me apoyaron en esta etapa gracias por cada uno de sus consejos y enseñanzas.

Resumen

Resumen

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica donde el autocuidado y las prácticas saludables son elementos de alto valor. Con la finalidad de propiciar comportamientos adecuados para elevar la calidad de vida de pacientes hipertensos que consumen Amlodipino en el consultorio 16-2 perteneciente al Policlínico "Santa Clara" en Villa Clara, Cuba, y debido a que resulta insuficiente la participación de esta población en las actividades encaminadas a promover estilos de vida saludables, se diseñó un programa educativo para el desarrollo de una intervención comunitaria. Con este fin se analizaron las historias clínicas de los mismos, se aplicó una encuesta y se caracterizó su fragilidad clínica mediante el marcado de una planilla. Como resultado, se determinó que se requiere incrementar los conocimientos acerca del Amlodipino y que existe una prevalencia en los estilos de vida sedentarios, malos hábitos alimentarios y consumo de alcohol, cigarro y café. Los pacientes fueron divididos en tres macro grupos para facilitar el desarrollo de las actividades. Se definieron como actores sociales: activistas de salud, Licenciados en Cultura Física, médicos y enfermeras del consultorio médico. El programa educativo tuvo como metas la promoción de estilos de vida saludables, modificación de factores sociales que favorezcan la actividad física, una mejor alimentación y elevar los conocimientos sobre el Amlodipino. Se diseñaron actividades utilizando técnicas tales como: tormenta de ideas, demostración, taller, discusión de grupo y video debate. Se propuso un cronograma para la ejecución del programa y el modo de evaluar su efectividad.

Palabras clave: *Hipertensión arterial, Amlodipino, programa educativo.*

Abstract

Abstract

Arterial hypertension is a chronic disease where self-care and healthy practices are highly valuable elements. In order to promote appropriate behaviors to improve the quality of life of hypertensive patients which consume Amlodipine in 16-2 medical office, belonging to the "Santa Clara" Polyclinic, in Villa Clara, Cuba, and due to the insufficient participation of this population in activities aimed at promoting healthy lifestyles, an educational program was designed for the development of a community intervention. To this end, their medical records were analyzed, a survey was applied and their clinical frailty was characterized by marking a spreadsheet. As a result, It was evidenced the necessity to increase knowledge about Amlodipine and there was a prevalence in sedentary lifestyles, bad eating habits and consumption of alcohol, cigarettes and coffee. The patients were distributed into three macro groups to facilitate the development of activities. Social actors were defined as: health activists, professionals in Physical Culture, physicians and nurses from the medical office. The educational program had as goals the promotion of healthy lifestyles, modification of social factors that favor physical activity, suggestions for a better diet, and raising knowledge about Amlodipine. Activities were designed using techniques such as: brainstorming, demonstration, workshop, group discussion, and video debate. A timetable for the execution of the program was proposed and a way to evaluate its effectiveness.

Key words: Hypertension, Amlodipine, educational program.

Índice

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO.....	4
1.1. Definición de la hipertensión arterial	4
1.2. Factores de riesgo.....	4
1.3. Síntomas	6
1.4 Clasificación de la hipertensión	7
1.4.1 Clasificación etiológica	7
1.4.1.1 Hipertensión primaria	7
1.4.1.2 Hipertensión secundaria.....	7
1.4.2 Clasificación según el nivel de la presión sanguínea	7
1.5 Diagnóstico.....	8
1.6 Complicaciones	9
1.7 Tratamiento de la hipertensión	9
1.7.1 Tratamiento no farmacológico.	9
1.7.2 Tratamiento farmacológico	10
1.7.2.1 Amlodipino.....	13
1.8 Intervención comunitaria	15
1.8.1. Elementos esenciales de una intervención	15
1.8.2. Metodología para el desarrollo de una intervención.....	16
2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
2.1 Tipo de estudio.....	19
2.2 Población en estudio	19
2.3 Muestra en estudio	19
2.3.1 Criterios de inclusión	19
2.3.2 Criterio de exclusión	20
2.4 Procedimiento	20

2.5 Operacionalización de las variables	21
2.6. Procedimiento estadístico	24
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
3.1. Estudio descriptivo de la muestra.....	25
3.2. Estudio de fragilidad de los pacientes	35
3.3. Guía para el diseño del programa educativo de intervención comunitaria	36
3.3.1. Estrategias a seguir según grupo de riesgo	36
3.3.2. Cronograma de actividades a realizar en los pacientes	41
3.3.2. Evaluación.....	45
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	

Introducción

Introducción

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países. La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo que las propician, la que se caracteriza por la elevación de la presión arterial (PA) provocando graves daños al organismo, principalmente a nivel del corazón, los riñones y la retina (1).

La prevalencia de este padecimiento en el mundo es de un 20-30% en la población mayor de 18 años y ha continuado su ascenso, lo que provoca una disminución significativa de la calidad de vida (2). En Cuba, en el año 2020, de acuerdo con la más reciente edición del Anuario Estadístico de Salud, la prevalencia de hipertensión asciende a 225.2 por cada 1000 habitantes (3). El diagnóstico de pacientes hipertensos se realiza a través de una evaluación clínica donde se recogen datos obtenidos de la historia clínica, del examen físico y de los medios diagnósticos (4).

El tratamiento farmacológico se impondrá a través del uso de medicamentos hipotensores. Los más utilizados universalmente y que son considerados de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial son los diuréticos, los beta-bloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (5). Además se emplea el tratamiento no farmacológico que se refiere fundamentalmente a modificaciones en el estilo de vida (6).

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA, obliga a ejecutar medidas de educación y promoción impactando sobre los factores de riesgo, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, el tabaquismo y el alcoholismo. Por otra parte, es necesario lograr la terapéutica más acertada para controlar las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios (6).

El Programa Nacional de HTA en Cuba representa un instrumento que impulsa el aprendizaje del tema en toda su extensión y resulta de gran ayuda en el manejo de la misma. A través de sus objetivos se pretende incrementar la educación de la población sobre la importancia de la prevención y el control de la hipertensión. Las actividades fundamentales de este programa se desarrollan en el nivel primario de atención, teniendo como acciones fundamentales promover cambios en los estilos de vida de la población (6).

Por otra parte, una intervención comunitaria en el campo de la salud, pretende mejorar las condiciones de vida de la población llevando a cabo un conjunto de estrategias con el objetivo de proteger y promover la salud. Cada intervención debe tener un diseño, una ejecución y una evaluación de los resultados (7). La misma puede enfocarse en un medicamento en específico. En la presente investigación es abordado el medicamento Amlodipino, bloqueador de los canales de calcio, por ser uno de los más usados para tratar la hipertensión en Cuba.

En el consultorio 16-2 perteneciente al policlínico “Santa Clara” ubicado en la calle Berenguer entre Luis Estévez y Maceo, Consejo Popular Centro, en el año 2021 son atendidos 273 pacientes hipertensos. De ellos, consumen Amlodipino 92 personas. De acuerdo a lo planteado por la doctora de este consultorio médico (Licenciada Modesta Hernández Fernández, comunicación personal, 28 de septiembre de 2021) las actividades que se realizan para cumplir el objetivo del programa antes referido, son audiencias y conversatorios educativos donde se explican causas, factores de riesgo, tratamiento, complicaciones de la enfermedad y se orienta al paciente y a la población en general a llevar un modo de vida saludable. Los mismos, son realizados por estudiantes, médicos y enfermeras del consultorio y tienen una dinámica de preguntas y respuestas donde la población puede narrar experiencias propias y dar su criterio. Estas actividades se ven afectadas por la falta de atención de las personas o por la poca asistencia lo que evidencia que no existe una buena planificación, o la que existe no está siendo efectiva.

Atendiendo a lo antes tratado, se plantea el siguiente **Problema Científico**:

El diseño de las actividades del Programa de Atención a Hipertensos encaminadas a promover un estilo de vida saludable en estos, en el CMF 16-2 perteneciente al Policlínico “Santa Clara”, no garantiza una participación suficiente de la población que consume Amlodipino.

Con la finalidad de dar solución a la situación problemática se formuló la siguiente **Hipótesis de investigación**:

Si se diseña adecuadamente un programa educativo para una intervención comunitaria con la que se pretende estimular a los pacientes que consumen Amlodipino pertenecientes al Consultorio Médico 16-2, Policlínico “Santa Clara”; podrá contarse con una alternativa que facilitará la adopción de comportamientos saludables para mejorar su calidad de vida.

En correspondencia con la hipótesis planteada, se propone como **Objetivo General**:

Diseñar un programa educativo para una intervención comunitaria con vistas a propiciar la adopción de comportamientos saludables para mejorar la calidad de vida de pacientes hipertensos que consuman Amlodipino en el consultorio 16-2.

Objetivos específicos:

1. Establecer el grado de conocimiento acerca del Amlodipino y los comportamientos inadecuados que afectan la calidad de vida de los pacientes hipertensos que serán sujetos de la intervención comunitaria.
2. Identificar la fragilidad clínica de los pacientes con vistas a orientar las actividades a realizar en la intervención comunitaria.
3. Definir los actores sociales que ejecutarán la intervención comunitaria.
4. Establecer las metas del programa educativo de intervención y el modo en que se llevará a la práctica.
5. Proponer un cronograma para la ejecución de las actividades a realizar.
6. Proponer actividades para evaluar la efectividad del programa.

Capítulo I

1. Marco Teórico

1.1. Definición de la hipertensión arterial

La HTA es una enfermedad crónica no trasmisible, que constituye hoy día una de las principales problemáticas de salud en el mundo entero. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y puede producir afectaciones de la vasculatura periférica y de la retina (8).

La relación entre las cifras de presión arterial y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. Así pues, la hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg ó superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg ó superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva (9).

1.2. Factores de riesgo

La HTA es atribuible a una teoría multicausal en la que tienen que ver los factores de riesgo. Una vez identificados, estos se pueden modificar mediante un programa de intervención basado en la educación para la salud. Los factores de riesgo se clasifican en modificables o no modificables (10).

Los no modificables son:

- **Edad y sexo:** La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. La presión arterial sistólica y diastólica media son mayores en varones jóvenes que en mujeres, mientras que se invierte la situación por encima de los 50 años en relación con la aparición de la menopausia.
- **Raza:** Hay mayor incidencia y prevalencia de personas hipertensas en la raza negra que en la blanca.
- **Herencia:** La prevalencia de hipertensión es superior entre familiares de hipertensos. La herencia depende de varios genes todavía no

identificados, cuya expresión resulta modificada por factores ambientales (10).

Entre los modificables se encuentran:

- **Tabaquismo:** La presión arterial está ligada al tabaquismo por ser este un factor de riesgo cardiovascular, siendo la vasoconstricción el principal efecto de la nicotina. El humo del tabaco actúa sobre las arterias por medio de sus radicales libres disminuyendo el óxido nítrico y lesionando el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y aterosclerosis, produciendo aumento de la tensión arterial.
- **Desórdenes alimentarios:** Consumir dietas ricas en productos con elevada cantidad de grasa de origen animal y sal y pobres en frutas y verduras frescas, aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Se ha observado una relación entre la ingesta de sodio y la elevación de la TA propia de la edad, sugiriendo que un elevado consumo de sal contribuiría al aumento de la PA.
- **Obesidad:** Existe una sólida relación en los estudios epidemiológicos entre peso corporal y tensión arterial o entre obesidad y prevalencia de hipertensión. Un aumento de peso por encima del 20% del peso ideal aumenta 8 veces el riesgo de hipertensión.
- **Stress:** Puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras. Diversos factores se correlacionan con este fenómeno como la sobrecarga laboral, factores raciales, presiones del medio social y trastornos emocionales.
- **Alcoholismo:** El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y puede mejorar el nivel de colesterol y de HDL (lipoproteínas de alta densidad). La ingestión prolongada de

alcohol puede, además de aumentar la presión sanguínea, aumentar la mortalidad cardiovascular en general, el efecto sobre la PA parece ser reversible, los ex-bebedores pueden llegar a tener tensiones arteriales similares a uno no bebedor.

- Sedentarismo: Los hipertensos sedentarios presentan aproximadamente un riesgo de muerte doble en comparación con el de los hipertensos que realizan algún tipo de ejercicio físico diariamente.
- Dislipidemias: Son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que involucran un riesgo para la salud. Comprende situaciones clínicas en que existen concentraciones anormales de colesterol total (CT), colesterol asociado a lipoproteína de alta densidad (C-HDL), colesterol asociado a lipoproteína de baja densidad (C-LDL) y/o triglicéridos (TG). Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedad cardiovascular, en especial coronaria (10).

1.3. Síntomas

La mayoría de los pacientes hipertensos no tienen síntomas, tanto que se le ha llegado a conocer popularmente como el asesino silencioso, pero sí aumenta el trabajo del corazón, lo debilita al paso del tiempo y aumenta el riesgo de alguna complicación, lo que supone importantes implicaciones de cara a su control, prevención y tratamiento. A veces la hipertensión provoca cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal, nerviosismo y cansancio (11). La hipertensión maligna es una forma peligrosa de presión arterial muy alta que puede producir dolor de cabeza fuerte, náuseas o vómitos, confusión, cambios en la visión y sangrado nasal (12). La hipertensión es una grave señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el modo de vida (11).

1.4 Clasificación de la hipertensión

La presión arterial se clasifica por su etiología como primaria (esencial) y secundaria (moderada); además, puede ser clasificada según su nivel de presión arterial (13).

1.4.1 Clasificación etiológica

1.4.1.1 Hipertensión primaria

Hipertensión primaria o esencial: no existe una causa reconocible de la misma, sino que son varios factores los implicados en su origen y mantenimiento. Es por ello que es considerada como un trastorno multifactorial. Aunque no hay una causa concreta se sabe que la herencia familiar, la alimentación inadecuada, la obesidad, el estrés y la inactividad, entre otras, juegan un papel muy importante en su desarrollo. Todos estos factores ligados al estilo de vida provocan una rigidez precoz de las arterias (13).

1.4.1.2 Hipertensión secundaria

La HTA secundaria es aquella en la que se encuentra una causa orgánica definida, apareciendo sólo en un pequeño grupo de las personas que padecen HTA. Este segundo tipo de hipertensión puede ser debido a múltiples causas como problemas endocrinos, enfermedades renales o de las arterias renales, síndromes de apneas del sueño o las hipertensiones asociadas a enfermedades del sistema nervioso central (13).

1.4.2 Clasificación según el nivel de la presión sanguínea

Con el objetivo de flexibilizar la clasificación de la hipertensión, a partir del año 2003, la Organización Mundial de la Salud (WHO), la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH), la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad de Hipertensión (ESH) (todas por sus siglas en inglés) han categorizado la hipertensión y esta se muestra en la tabla 1 (14).

Tabla 1: Clasificación de los valores de presión arterial.

Categoría	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Normal	Menos de 120	Menos de 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Grado I (esencial)	140-159	90-99
Grado II (moderada)	160-179	100-109
Grado III (severa)	180 y más	120 y más

Fuente: Según VII Reporte del Comité Nacional Conjunto Norteamericano, 2003 y Sociedad Europea Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología (14).

La HTA grado III se acompaña de lesión de órganos diana (corazón, riñones, cerebro y grandes arterias). El daño orgánico puede expresarse como infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal, accidente vascular encefálico, enfermedad vascular oclusiva, aneurisma disecante de la aorta, etcétera (12).

1.5 Diagnóstico

Para diagnosticar un paciente hipertenso se lleva a cabo una evaluación clínica dirigida a clasificar al paciente según la cifra de PA [Ver Tabla 1], identificar las causas de la presión arterial, precisar y evaluar la presencia de daño en órganos diana y la extensión del mismo si lo hubiera, definir y evaluar la respuesta a la terapéutica impuesta, identificar otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades asociadas que permitan definir un pronóstico y precisar los factores psicosociales y ambientales incidentes. Debido a que la presión arterial alta normalmente varía durante el día y puede aumentar durante una consulta con el médico (hipertensión de bata blanca), el profesional deberá tomar varias lecturas de presión arterial en tres o más citas médicas individuales antes de diagnosticar al paciente como hipertenso. Los datos para la evaluación serán obtenidos a través de la historia clínica, del examen físico y de los medios diagnósticos empleados. Esta evaluación clínica, en el paciente debutante con esta afección, debe realizarse sin el uso de fármacos, excluyendo los casos de hipertensión arterial grave o con

complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares. Al paciente se le deberá realizar un mínimo de exámenes que garanticen una adecuada confirmación del diagnóstico y que permita determinar la presencia de factores de riesgo asociados y la selección del tratamiento adecuado e individualizado (15).

1.6 Complicaciones

Las complicaciones que produce la hipertensión arterial son muy variadas pudiendo llegar a la muerte si no son tratadas. Principalmente aumenta la cantidad de trabajo del corazón que tiene que luchar contra el aumento de la resistencia periférica por la cual tiende a agrandarse y posteriormente a no poder responder a las exigencias del organismo produciendo hipertrofia ventricular y más tarde insuficiencia cardiaca crónica (ICC). Las arterias de las personas hipertensas se endurecen y pierden su elasticidad en mayor medida que las personas normotensas. También puede sufrir complicaciones el riñón (como insuficiencia renal), el ojo (retinopatías, desprendimiento de retina o sangrado a nivel de la conjuntiva) y el cerebro (accidentes cerebrovasculares, derrame cerebral o apoplejías). Mientras más alto es el nivel de la presión sanguínea más fácilmente se desarrollarán las enfermedades cardiovasculares prematuras (15).

1.7 Tratamiento de la hipertensión

Existen dos tipos de tratamientos: el tratamiento no farmacológico que se refiere a las modificaciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico.(15)

1.7.1 Tratamiento no farmacológico.

Las medidas no farmacológicas encaminadas a cambiar el estilo de vida se deben instaurar en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio (pacientes con riesgo bajo-medio), como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Los objetivos de las medidas no farmacológicas son reducir la presión arterial y las necesidades de fármacos antihipertensivos aumentando su eficacia, abordar los demás factores de riesgo existentes, la prevención primaria de la hipertensión y los trastornos cardiovasculares

asociados en la población. Las modificaciones del estilo de vida más importante que han demostrado una reducción de la PA, son la reducción del peso en aquellos individuos con sobrepeso u obesidad, mantener una dieta adecuada, disminución de la ingesta de sodio, incrementar la actividad física disminuyendo el sedentarismo, la moderación en el consumo de alcohol, eliminar el hábito de fumar y el alto consumo de café (9).

Es importante el conocimiento y convencimiento del personal de salud sobre tal proceder. Se debe comenzar con estas medidas para todos los pacientes clasificados como Grado I y mantenerlo, como única medida terapéutica, por espacio de tres meses, si no existen en el paciente algunas de las condiciones consideradas como riesgo cardiovascular (9).

1.7.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se impondrá desde un principio junto al no farmacológico en todos los pacientes clasificados como grado II y en aquellos de grado I con riesgo cardiovascular. Se debe tener en cuenta para iniciar y mantener este tipo de tratamiento, la edad del paciente, sus necesidades individuales y dosis, el grado de respuesta al tratamiento, las enfermedades o factores comórbidos que puedan influir en la respuesta al mismo, como por ejemplo, el alcoholismo y las formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia. Las más adecuadas son aquellas que logren reducir las cifras de PA durante las 24 horas (15).

Los medicamentos hipotensores más usados universalmente por haber resistido las pruebas terapéuticas en estudios multicéntricos que han incluido miles de pacientes con HTA, y cuyos resultados se registran en los más importantes meta análisis divulgados en la literatura médica y que, por ello son considerados de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial son: los diuréticos, los beta-bloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y más recientemente los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (16). Otros medicamentos como los alfa-bloqueadores, los simpaticolíticos centrales,

los antagonistas adrenérgicos periféricos y los vasodilatadores directos, se consideran de segunda o tercera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial y algunos de ellos reservados para situaciones muy específicas (16).

A continuación se describen las principales características de estos grupos de medicamentos hipotensores.

La acción hipotensora de los diuréticos se ejerce al bloquear la reabsorción tubular de sodio y disminuir el volumen plasmático. Son los llamados diuréticos tiazídicos los más usados en el tratamiento de la hipertensión arterial, principalmente hidroclorotiazida y clortalidona, medicamentos de elección para iniciar tratamiento hipotensor en la mayor parte de los pacientes hipertensos, por su eficacia; deben ser indicados bien como monoterapia o asociados a los otros hipotensores de primera línea. Otros diuréticos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial son los conocidos como diuréticos ahorradores de potasio, como la espironolactona, indicados principalmente unidos a los diuréticos tiazídicos para limitar las posibles pérdidas de potasio. Los llamados diuréticos del asa, se deben indicar como tratamiento hipotensor en aquellos pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia cardiaca y en el hipertenso refractario. Los más usados son furosemida y torasemida (16).

Los beta-bloqueadores ejercen su acción farmacológica por el bloqueo de los receptores adrenérgicos; utilizados inicialmente como antianginosos, pronto se les detectó su efecto hipotensor cuyos mecanismos no están totalmente esclarecidos, pero se les considera como medicamentos que disminuyen el gasto cardiaco, disminuyen la secreción de renina por el aparato yuxtaglomerular y por disminuir la liberación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas simpáticas. Entre sus representantes se encuentran: atenolol y metoprolol, como cardioselectivos; y propranolol, bisprolol y nadolol entre los no cardioselectivos (16).

Los bloqueadores de los canales del calcio (BCC) también conocidos como “anticálcicos” o antagonistas de los canales del calcio, son medicamentos muy

eficaces como hipotensores. Su acción vasodilatadora se ejerce al interferir la entrada de los iones del calcio a las células, principalmente a la célula muscular lisa de los vasos sanguíneos, con lo que dificultan las acciones constrictivas de las mismas y disminuyen la resistencia periférica. Los de mayor acción hipotensora son los BCC del tipo dihidropiridínicos, cuyo representante más antiguo, la nifedipina, cuando se utiliza en su forma de acción corta y en altas dosis, puede provocar rápidos descensos de la presión arterial, con estimulación del reflejo simpático, taquicardia y en algunos casos puede precipitar angina. Otros dihidropiridínicos con acción más lenta y sostenida, como amlodipino, felodipina, nicardipina, entre otros, no tienen estos efectos secundarios y son de probada eficacia en el control de la hipertensión arterial, principalmente en ancianos e hipertensos con la piel de color negro, unidas a otros hipotensores. Los BCC no dihidropiridínicos como el diltiazem y el verapamilo, tienen menos efectos vasodilatadores periféricos, pero mayor bloqueo cálcico a nivel de las fibras cardíacas, de ahí sus efectos ionotrópico y cronotrópico negativos y sus mayores indicaciones en los espasmos coronarios y trastornos del ritmo cardíaco, respectivamente (16).

La acción fundamental de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) es la inhibición de transformación de la enzima angiotensina I en angiotensina II, con lo que se obtiene una limitación del efecto vasoconstrictor de esta enzima a nivel periférico. Los IECA son excelentes hipotensores bien en monodosis o en combinación con otros de estos medicamentos, principalmente con diuréticos. Además se les atribuye acciones beneficiosas sobre el remodelado vascular, tanto a nivel del corazón como de los vasos sanguíneos y el riñón. Tienen también otras ventajas como su perfil neutro sobre los lípidos, su mejoría a la sensibilidad a la insulina y no provocan hiperuricemia. Son medicamentos de elección en el hipertenso diabético y aún en el diabético no hipertenso por su eficaz nefroprotección. Los IECA más utilizados son el captopril, el primero de este grupo, que necesita de varias dosis en el día, enalapril, entre otros, con una o a lo sumo dos dosis al día y probada acción hipotensora. Debe tenerse presente sus posibles efectos de

hipotensión marcada en la primera dosis, principalmente en pacientes deshidratados, en tratamiento diurético o con insuficiencia renal (16).

Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), de más reciente incorporación al arsenal terapéutico antihipertensivo, ejercen su acción vasodilatadora al bloquear la enzima convertidora de angiotensina II a nivel de sus receptores AT1. Sus efectos hipotensores son similares a los IECA, pero no tienen los efectos secundarios de estos, al no potenciar la acción de la bradiquinina. Se deben indicar principalmente cuando hay intolerancia a los IECA. Entre estos se destacan valsartán, losartán y telmisartán, con variada dosificación pero con la característica de que su efecto hipotensor es duradero y permite administrar una sola dosis al día (16).

Los bloqueadores de receptores alfa, tienen su principal indicación en pacientes hipertensos, hombres, que padecen de hiperplasia benigna de la próstata, por el alivio de los síntomas urinarios que produce esta afección. Los alfa-bloqueadores de acción corta como el prazosín, puede producir hipotensión postural; este efecto se ve menos con los de acción sostenida como doxazosina y terazosina. Como tratamiento de la hipertensión arterial siempre han de asociarse a otros de los hipotensores de primera línea. Entre los simpaticolíticos de acción central, está la metildopa, de utilización fundamentalmente en la hipertensión de la embarazada y la clonidina, limitado su uso por su corta acción hipotensora y sus riesgos de crisis hipertensivas al interrumpir su administración (16).

El medicamento abordado en la presente investigación es el Amlodipino debido a su probada eficacia en el control de la hipertensión arterial. El siguiente acápite se dedicará a su caracterización.

1.7.2.1 Amlodipino

Forma farmacéutica: Tableta.

Composición: Cada tableta contiene 10 mg de amlodipino.

Categoría farmacológica: Bloqueador de los canales del calcio. Antihipertensivo.

Mecanismo de acción: antagonista de calcio que inhibe el flujo de entrada de iones calcio al interior del músculo liso vascular y cardíaco. Su acción antihipertensiva es el resultado del efecto relajante directo sobre el músculo liso arterial.

Farmacocinética: después de la administración oral de dosis terapéuticas, amlodipino se absorbe bien, alcanza concentraciones máximas en la sangre de 6 a 12 h de la administración. La absorción no se modifica con la ingestión de alimentos. La biodisponibilidad absoluta ha sido estimada entre 64 y 80%. El volumen de distribución es aproximadamente 21 L/kg.

Indicaciones: Hipertensión esencial. Angina vasospástica y angina crónica.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco o a otras dihidropiridinas, hipotensión grave, shock, (incluye shock cardiogénico), insuficiencia cardíaca después de un infarto agudo de miocardio (durante los primeros 28 días), estenosis aórtica de grado elevado, angina de pecho inestable.

Reacciones adversas: Cefalea (inicio del tratamiento), somnolencia, mareo, debilidad; palpitaciones, náuseas, dispepsia, dolor abdominal, edema de tobillos, rubor facial con sensación de calor (inicio del tratamiento).

Interacciones: Concentración plasmática aumentada por: ketoconazol, itraconazol, inhibidores de proteasas de VIH, claritromicina, eritromicina, telitromicina y nefazodona. Concentración plasmática reducida por: rifampicina, hierba de San Juan, dexametasona, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, nevirapina y rifabutina. Potencia efecto antihipertensor de agentes bloqueantes del receptor beta-adrenérgico, inhibidores de IECA, alfa-1-bloqueantes y diuréticos.

Posología: Por vía oral (VO), adultos, al inicio 5 mg/día y como máximo 10 mg/día.

Dosis diaria Definida: 0,005 g (17)

1.8 Intervención comunitaria

La intervención comunitaria constituye un conjunto de estrategias o acciones colectivas con el objetivo de proteger y promover la salud y pretende mejorar las condiciones de vida de la población (18). Para ello se dirige a organizar y movilizar a la comunidad propiciando su participación en la identificación, toma de decisiones, elaboración y ejecución de soluciones a problemas y respuestas a necesidades de la propia comunidad; el desarrollo de relaciones de colaboración y ayuda mutua entre sus miembros; proporcionar la expresión e intercambio de ideas y opiniones entre la población, favoreciendo la comprensión, así como la importancia del papel de cada uno en su desarrollo. El procedimiento que se puede implementar en un proceso de intervención comunitaria varía, dependiendo del nivel, estrategia y objetivo en los que se pretenda intervenir y deben ser orientadas a cumplir aspectos como:

- Permitir una recolección y análisis de datos útil y suficiente.
- Potenciar el conocimiento sobre la comunidad (recursos, necesidades, problemas y alternativas de solución).
- Transferir la responsabilidad de alcanzar los objetivos de desarrollo a la propia comunidad (7).

1.8.1. Elementos esenciales de una intervención

Los elementos esenciales de toda estrategia de intervención comprenden:

- Identificación del contexto o entorno del problema: se trata de focalizar el conjunto de variables sociales, económicas, políticas, tecnológicas y culturales que intervienen e influyen en un determinado problema de investigación.
- Análisis e identificación del problema: causas, factores, consecuencias. Se establecen las causas mediatas e inmediatas, principales y secundarias; los factores centrales que determinan y componen el

problema; y los efectos mediatos e inmediatos que resultan de dichos factores.

- Objetivos generales y operacionales de la estrategia de intervención.
- Medios, técnicas y recursos (humanos, financieros, materiales y tecnológicos) en la intervención: la estrategia de medios debe incluir una estimación de todos los recursos necesarios en una combinación que depende, principalmente, de los recursos financieros y del equipo humano y profesional puesto a disposición del proyecto.
- Identificación de metas e indicadores de logro observables: constituyen las metas y logros esperados, los cuales deben ser coherentes con los objetivos de la estrategia.
- Criterios de evaluación e indicadores de logro (7).

1.8.2. Metodología para el desarrollo de una intervención

Para el desarrollo de una intervención comunitaria se proponen los siguientes pasos:

- 1) Identificar el problema o meta comunitaria a ser abordada: se realiza la formulación del problema o meta comunitaria a abordar, se definen las conductas específicas de quienes necesitan cambiar y las mejoras en los indicadores de nivel comunitario que deben resaltar.
- 2) Medir el nivel del problema o meta: las diferentes formas de medir el problema deben incluir la observación directa de las conductas o productos relativos al problema identificado, la organización de encuestas comportamentales, entrevistas a personas claves en la comunidad y la revisión de archivos o registros existentes.
- 3) Descripción de grupos prioritarios a quienes la intervención debería beneficiar y aquellos que la desarrollan: comprende los objetivos del cambio o grupos prioritarios cuyas conductas o resultados deben ser modificados y los agentes del cambio o aquellos que implementan la intervención.

- 4) Obtención de opiniones de las personas identificadas y análisis de los problemas o metas a ser abordados por la intervención: se consideran las entrevistas, contactos personales, grupos focales y encuestas de opinión.
- 5) Análisis del problema o meta a ser abordado: se deben tener en cuenta las aportaciones realizadas por las personas para detectar aquellos que son afectados por el problema identificado, las consecuencias negativas y positivas, los factores personales y ambientales influidos, las conductas o ausencia de estas que necesitan cambiar y el nivel apropiado para resolver la situación problemática.
- 6) Establecimiento de las metas y objetivos: se define una descripción del éxito, las metas a lograr y los objetivos específicos que se alcanzarán (qué cambiará, cómo y cuándo).
- 7) Identificación y valoración de las intervenciones: se debe considerar las prácticas potenciales o prometedoras para la situación a resolver, si se pueden alcanzar resultados prometedores para la comunidad, entre otras tareas específicas que involucran el acercamiento basado en la evidencia.
- 8) Especificación de los componentes básicos y elementos de la intervención: se proporciona información y mejoran habilidades, servicios y apoyo. Se modifican los accesos, barreras, exposición, oportunidades, políticas y sistemas más amplios involucrados para lograr un cambio de las consecuencias.
- 9) Identificación del modo en que se llevarán a la práctica los componentes y elementos.
- 10) Adaptación de la intervención a las necesidades y contexto de la comunidad.
- 11) Propuesta de un plan de acción: tiene en cuenta los cambios específicos que tendrán lugar en el proceso, los encargados de llevarlos a cabo, el momento en que se desplegará la intervención, los recursos

necesarios y/o disponibles y los individuos y organizaciones a ser informados.

- 12) Realización de prueba piloto a menor escala: se valora la calidad en el desarrollo de la intervención, los resultados, consecuencias y efectos colaterales.
- 13) Implementación de la intervención y monitorización y evaluación de los procesos: Se analiza la calidad de la implementación, satisfacción y el alcance de los objetivos.
- 14) Seguimiento del proceso aplicado (19).

En los últimos tiempos se ha realizado toda una serie de investigaciones, con el objetivo expreso de elevar el nivel de conocimiento de los hipertensos acerca de su propia enfermedad; de manera que sean capaces de movilizar todos sus recursos en aras de mantener sus cifras tensionales en valores aceptables (lo que se conoce como HTA compensada) (20). Entre los estudios llevados a cabo en Cuba sobre este tema se encuentran: “Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor” donde se muestran los resultados de una estrategia de intervención para mejorar los niveles de calidad de vida, en adultos mayores (19); “Manejo comunitario de la hipertensión arterial en el municipio Jagüey Grande, Matanzas” con el objetivo de incrementar la detección, tratamiento y control del paciente hipertenso y reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el área de estudio (21); “Intervención educativa a los pacientes con nivel de conocimiento inadecuados sobre Hipertensión Arterial” con el fin de implementar una estrategia de intervención comunitaria educativa para mejorar el nivel de conocimiento de Hipertensión Arterial (22). A pesar de ello, aún son pocas las investigaciones realizadas sobre este tema y la mayoría de las existentes no son recientes por lo que se hace necesario el desarrollo de este programa educativo para el desarrollo de una intervención comunitaria con el fin de mejorar los estilos de vida de la población.

Capítulo II

2. Materiales y métodos

Se desarrolló la investigación en el Consultorio Médico de la Familia (CMF) No. 16-2 perteneciente al Policlínico “Santa Clara”, provincia Villa Clara, en Cuba. Este se ubica en la calle Berenguer entre Luis Estévez y Maceo del Consejo Popular Centro. El período de análisis estuvo comprendido en los meses de septiembre a noviembre del año 2021. Como resultado se diseñó un programa educativo de intervención basada en las necesidades de la población, priorizadas y abordadas desde la acción interna de la comunidad, para fomentar el cambio social a fin de incidir en la mejora de la calidad de vida de los participantes. Está dirigida a promover estilos de vida saludables (principalmente dieta saludable, actividad física y control de hipertensión arterial) recibiendo el apoyo de los médicos, enfermeras, otros actores sociales y activistas que participarán en la intervención, para prevenir las crisis hipertensivas en grupos de riesgo (23).

2.1 Tipo de estudio

El enfoque que se utilizó para la ejecución de la investigación es el de un estudio descriptivo, ya que representa el mejor método de recolección de información; de tipo longitudinal con carácter ambispectivo, debido a que se tomó en cuenta información en el pasado de los pacientes y en el presente.

2.2 Población en estudio

El universo de la población objeto de estudio estuvo integrada por 273 pacientes hipertensos atendidos en el CMF No. 16-2.

2.3 Muestra en estudio

2.3.1 Criterios de inclusión

Los criterios utilizados a la hora de seleccionar la muestra fueron:

- Pacientes dispensarizados en el consultorio como hipertensos por presentar cifras de tensión arterial de 140/90 y más y que consuman Amlodipino (debido al interés de la doctora del consultorio en conocer la incidencia de efectos adversos a este medicamento en los pacientes).

2.3.2 Criterio de exclusión

Se excluyen de la muestra:

- Pacientes hipertensos que no consuman Amlodipino.

Atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión la muestra finalmente quedó integrada por 96 personas que consumían el medicamento Amlodipino, la cual representa el 35.16 % de la población objeto de estudio. Para realizar esta investigación se le solicitó permiso al personal de salud que trabaja en el consultorio 16-2, quién dio su autorización para ejecutarla.

2.4 Procedimiento

En el consultorio antes mencionado se analizaron las historias clínicas pertenecientes a los pacientes que padecían hipertensión arterial y a su vez, consumían Amlodipino en el año 2021, con el objetivo de realizar una caracterización inicial de los pacientes, así como conocer sus lugares de residencia para poderlos visitar y aplicar otros instrumentos de evaluación. Se solicitaron estas historias recogiendo datos como:

- Número de HC.
- Características personales de los pacientes: edad, sexo, raza; antecedentes patológicos personales.
- Otros tratamientos indicados para enfermedades concomitantes.

Posteriormente como método y técnica de recolección de información se procedió a la aplicación de una encuesta en forma de cuestionario a todos los hipertensos, incluidos en el estudio, que sirvió para valorar sus conocimientos esenciales sobre el tema (Ver Anexo 1). La encuesta propició la recogida de información donde el encuestado se enfrentó a una serie de preguntas previamente elaboradas para identificar el nivel de conocimiento presente sobre determinados aspectos de su enfermedad, de manera tal que se pudo obtener información de primera mano con el menor grado de sesgo posible. Al inicio de la misma se recomendó la intervención de algún otro miembro de la familia o; de no existir; de un vecino, para enriquecer los criterios emitidos. Al dar su

consentimiento, se indagó en aspectos relacionados con el Amlodipino tales como: la cantidad consumida diariamente, la presencia de reacciones adversas, entre otras; se verificó si los pacientes padecían alguna otra enfermedad y si era preciso el consumo de algún medicamento para el tratamiento de la misma; así como hábitos inadecuados, consumo nocivo y grado de participación en actividades físicas. Siendo estos aspectos fundamentales para el desarrollo del programa educativo para la intervención comunitaria.

A su vez, fue entregada a los pacientes muestra de estudio, una planilla que contenía una figura ilustrativa (Ver Anexo 2), permitiendo caracterizarlos de acuerdo a su fragilidad clínica. En este caso también se recomendó la intervención de algún otro miembro de la familia, o de no existir, de un vecino, solo en caso de ser necesario. Los esfuerzos realizados para identificar a los pacientes frágiles tienen sentido, en tanto, que la fragilidad se considera un buen predictor de mortalidad, hospitalización, peor calidad de vida y discapacidad (24). Se ha hecho necesario implementar la evaluación de fragilidad por medio de escalas, que permitan objetivar el manejo a realizar en pacientes, según la condición clínica y funcional. La misma evalúa la discapacidad, el deterioro cognitivo y la presencia de comorbilidades como factores predictores de muerte. Además, permitió definir que pacientes tienen mejores condiciones físicas que les permitirán colaborar en una futura intervención comunitaria como activistas y diseñar grupos en los que se realizará uno u otro tipo de acción en dicha intervención.

2.5 Operacionalización de las variables

Calidad de vida: la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (25).

Características socio-demográficas del paciente: conjunto de características biológicas y socio-económico-culturales presentes en la población sujeta a estudio (edad, sexo, raza, etc) (26).

Indicación: se refiere al uso del medicamento teniendo en cuenta lo planteado por la literatura. Se considera justificada si los pacientes padecen de hipertensión arterial con valores de presión sistólica mínima que oscile entre 130 y 139 mm Hg o una presión diastólica mínima que oscile entre 80 y 89 mm Hg (27).

Esquema de tratamiento: se refiere a la dosis e intervalo de dosificación utilizado en cada paciente. Plan detallado con información sobre la enfermedad, el objetivo del tratamiento, las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios. Según la bibliografía, si se cumple lo establecido es adecuado, en caso contrario es inadecuado (28).

Reacciones Adversas: se refiere a toda aquella respuesta nociva, no deseada y no intencionada que se produce tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente (29).

Interacciones medicamentosas: se refiere a los efectos perjudiciales que puede ocasionar al paciente el uso concomitante del Amlodipino con otros fármacos. Puede afectar la manera cómo funciona el medicamento (30).

Estilos de vida saludables: hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que se realizan para mantener el cuerpo y la mente de una manera ocupada (31).

Parámetros a medir:

- Alimentación (disminuir el consumo de sal y eliminar el de grasas de origen animal)
- Hábito de fumar e ingestión excesiva de alcohol.
- Hábito de consumo de café.
- Practicar ejercicio físico.

- Obesidad (31).

Fragilidad clínica: es un síndrome clínico biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas ante situaciones estresantes a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud (32).

Se tuvo como prioridad de la investigación la proporción de un programa educativo para lograr el bienestar de la comunidad y mejorar la calidad de vida por lo que se decidió la realización de este proyecto con el objetivo de crear un espacio en el cual se organicen y desarrollen actividades de prevención y control de la HTA adaptable a las condiciones de cada grupo de fragilidad. Se seleccionaron líderes y activistas sociales que ayuden en la coordinación de esta actividad y que cuenten con tiempo y experiencia en el desarrollo de la misma.

Esta estrategia debe crear un entorno en el cual el control de la hipertensión sea prioritario y los interesados directos, así como los líderes de opinión y los defensores de este tema, estén identificados y tengan funciones y responsabilidades claramente definidas. Con esta guía no solo se ayudaría a un grupo de personas que padecen esta enfermedad, sino que también podría utilizarse este programa de intervención como una técnica validada en la comunidad e introducirse en las diferentes áreas de salud o casas de vecinos, lo que potencia el trabajo promocional y favorece la calidad de vida en estos pacientes, lo cual constituye uno de los principales retos para nuestro sistema de salud.

Se pretende promover cambios en las conductas y estilos de vida de los pacientes reduciendo los factores de riesgo a través de actividades en los servicios sanitarios. De acuerdo con esto, se redactó un programa educativo para el desarrollo de una intervención comunitaria.

2.6. Procedimiento estadístico

La información obtenida se procesó de forma computarizada a través de las tablas y gráficos que ofrece el uso de las hojas de cálculo de Microsoft Excel y se obtuvo un mejor análisis y visualización de los resultados, recogidos a través de la encuesta y de las historias clínicas. Se utilizaron los porcentajes y números absolutos como medida de resumen calculado.

Capítulo III

3. Resultados y Discusión

Luego de la recolección de datos y la realización de la base de datos para la muestra escogida; se logró obtener los resultados expresados a continuación:

3.1. Estudio descriptivo de la muestra

Los resultados se discriminaron dependiendo de la edad y el sexo de los pacientes en estudio, tipo de hipertensión, esquema de tratamiento, dominio de la información básica relacionada con el Amlodipino, hábitos alimenticios, enfermedades concomitantes y estilo de vida. Estos datos fueron obtenidos luego de la revisión de las historias clínicas y de las respuestas a las preguntas de la encuesta realizada a los pacientes.

De los pacientes que consumen Amlodipino según la edad, la mayor cantidad se observó en el grupo de 60 años en adelante con 69.79% y el menor valor se encuentra en el grupo de 16-39 años (2.08%) [Figura 1].

La HTA es una enfermedad cardiovascular asociada a factores de riesgo como la obesidad, hábito de fumar y sedentarismo entre otros, observados principalmente en personas de más de cuarenta años. Ello coincide con lo planteado en la literatura por Jiménez en el año 2005, referente a que en las personas mayores las cifras de presión arterial, tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de edad más avanzada (2). No se encontró ningún paciente que consumiera dicho medicamento en el grupo de edad de 0-15 años, lo cual difiere de un estudio realizado por González y colaboradores en el 2016 en el que se evidencian reportes de hipertensión infantil y los niños son tratados con fármacos hipotensores (33). La edad constituye uno de los factores de riesgo para desencadenar cifras tensionales elevadas. En la medida que una población envejece, más alto es el riesgo de padecer esta enfermedad y es conocida la tendencia al envejecimiento de la población cubana; por tanto, en un futuro cercano, en Cuba existirá una elevada morbilidad por esta afección, sin dejar de mencionar sus complicaciones más temidas. Esta es una realidad que se

debe enfrentar y para la cual se deben trazar estrategias que permitan mitigar sus consecuencias, entre ellas, estudiar diferentes grupos poblacionales, como se realizó en el presente trabajo. Al respecto, Guerra y colaboradores plantean que se impone fortalecer las acciones en la atención primaria de salud para reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (34).

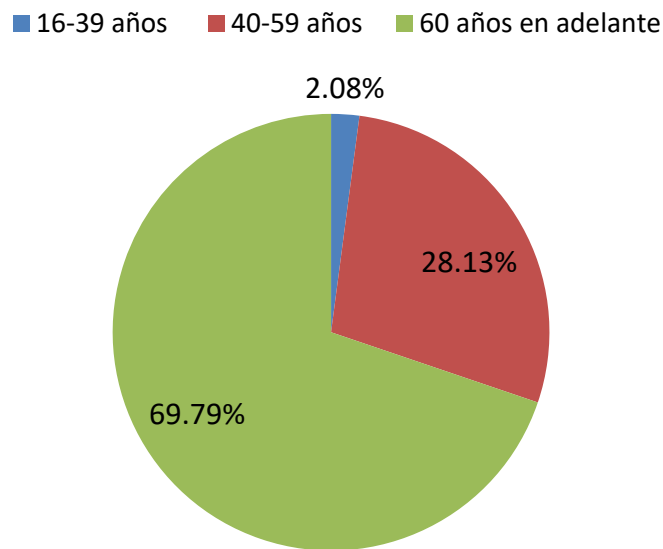


Figura 1. Distribución de los pacientes hipertensos de la muestra de estudio según grupo de edad.

Con relación al sexo se observó que fueron las féminas las que prevalecieron numéricamente con 53.12% sobre el sexo masculino (46.88 %) [Figura 2]. A pesar de que el sexo masculino presenta mayor prevalencia en edades menores de cincuenta años, se plantea que luego de esta edad, se observa mayor cantidad de mujeres hipertensas debido a que el aumento del tono vascular de las arterias periféricas provoca en la mujer posmenopáusica una mayor incidencia de HTA, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad (35). Coincide con lo planteado en la literatura por Zilberman en el 2018 que refiere que el aumento de la presión arterial en la mujer ocurre luego de la menopausia y está relacionado con las hormonas femeninas (36).

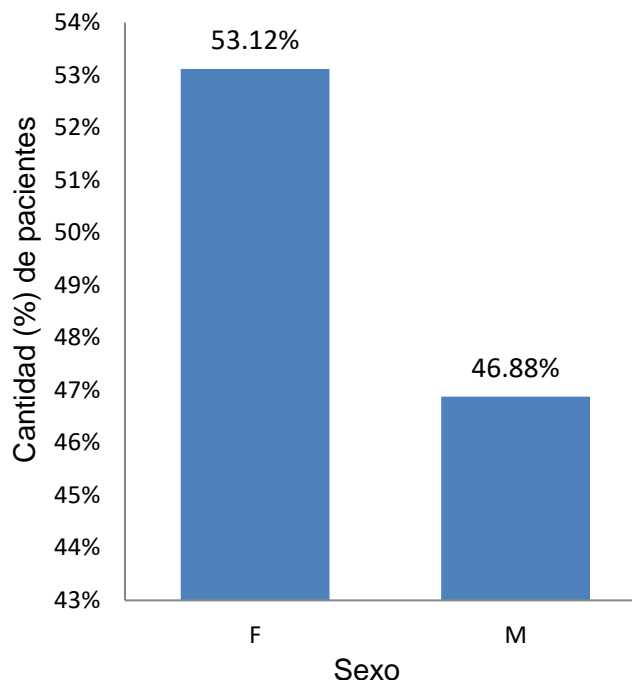


Figura 2. Distribución de los pacientes hipertensos de la muestra de estudio según sexo.

El estilo de vida sedentario es predominante en la muestra de estudio (91.66%), lo que evidencia la negativa que poseen los pacientes enfermos de cumplir con las orientaciones educativas de realizar actividades físicas que se les sugieren y que no son tomadas en cuenta. Las personas no realizan ejercicio físico más allá de caminar para las labores diarias, permanecen la mayor parte de su tiempo sentados o recostados llevando a cabo actividades que consumen poca energía, solamente el 8.34% permanecen activos. Se hace necesario potenciar la actividad física a través de actividades promovidas por la comunidad y el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER) ya que resulta beneficioso por varios motivos como: la reducción de peso corporal, prevenir la obesidad, disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular por un descenso de las resistencias periféricas y mejorar la sensación de bienestar disminuyendo la presión arterial de 4–9 mmHg. Similar resultado se obtuvo en una investigación realizada por Guajan en el 2015,

donde se estudió la hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida, alcanzando cifras altas vinculadas a la no realización de actividad física (37).

Con respecto a la dieta de los pacientes estudiados se aprecia que más de la mitad de pacientes (52.08%) hacen uso de sal en la dieta diaria, reportando que el nivel de consumo diario en sus comidas era medio; mientras que el 7.29% del total de pacientes encuestados reportó que era alto [Figura 3]. La ingesta excesiva de sal a través de la dieta, en forma de cloruro sódico o sal común, es uno de los principales factores implicados en la hipertensión arterial esencial (38). Al respecto, Mozaffarian, en el 2014 ha documentado que existe una relación lineal fuerte entre la ingesta de sodio y la PA, de modo que una reducción en la ingesta de 2.3 g/día se asocia a una disminución de 3.82 mmHg en la PA. Esta reducción estará más acentuada en personas mayores respecto a jóvenes, y entre hipertensos frente a los normo tensos (39).

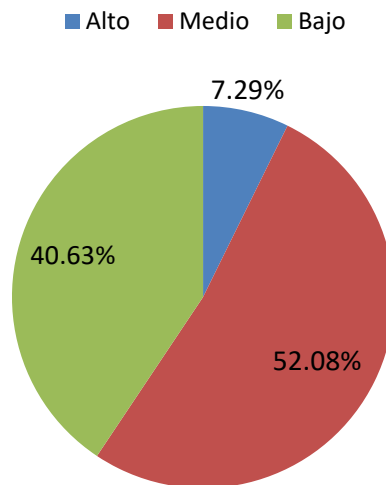


Figura 3. Consumo de sal en la dieta diaria de los pacientes hipertensos de la muestra de estudio.

De acuerdo a los resultados arrojados por la encuesta se demostró la necesidad de influir sobre los hábitos alimentarios de la población, siendo necesario que reflexionen sobre sus formas de comer poco saludable y que se sustituyan por hábitos más sanos. El tipo de dieta predominante es alta en

azúcares (94.92%), grasas (52.08%), harina y cereales (88.54%); baja en proteínas (41.66%), lácteos (43.75%), frutas (20.83%), verduras y hortalizas (26.04%) [Figura 4]. El consumo de frutas fue el más bajo de la población. Todo esto atenta contra la salud, pero lo más preocupante es que no existen conocimientos ni hábitos alimentarios correctos en la población, y con frecuencia se hace difícil y costosa la adquisición de frutas y vegetales. A conclusiones similares arribaron otros investigadores; en su estudio establecieron la presencia de hábitos alimentarios inadecuados con predominio de los alimentos azucarados y fritos, acompañados de pobre consumo de frutas y vegetales (40). Se afirma en un estudio realizado por Díaz en el 2014 que dietas ricas en frutas y hortalizas y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, contribuyen a la reducción del peso y de la presión arterial (41).

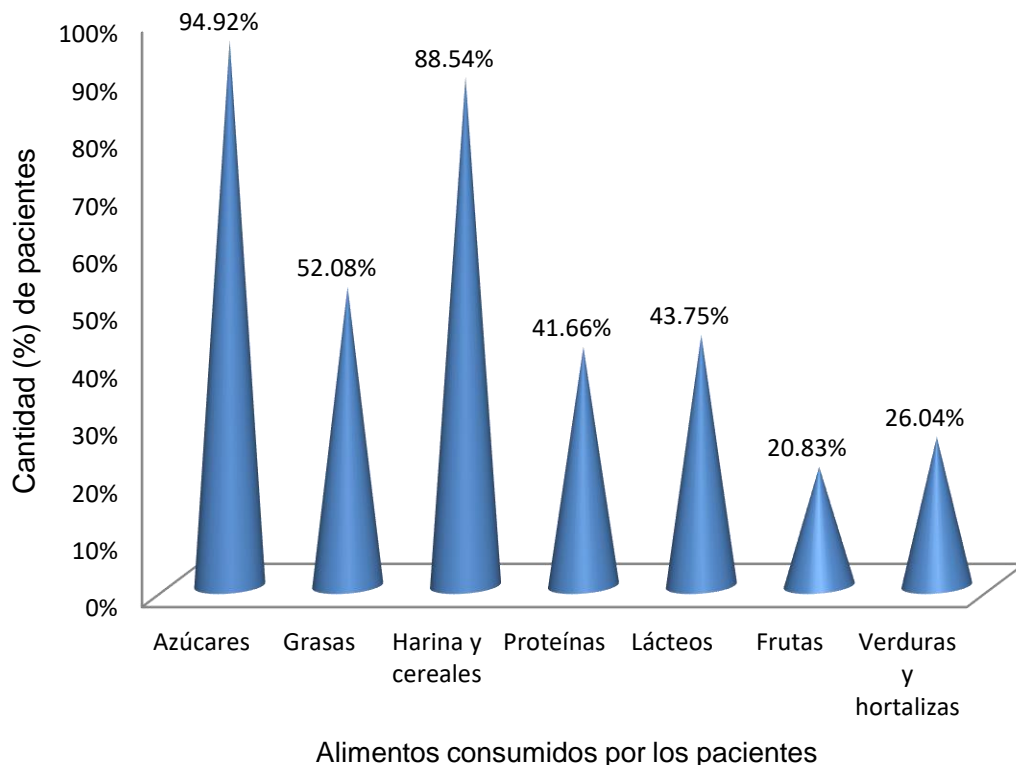


Figura 4. Hábitos alimenticios de los pacientes hipertensos de la muestra de estudio.

Quedó demostrada la presencia de hábitos dañinos en la muestra seleccionada, entre los que están el consumo de alcohol, cigarro y café, los cuales constituyen factores de riesgo en el padecimiento y transcurso de esta enfermedad. De los encuestados el 62.50% ocasionalmente ingieren bebidas alcohólicas, mayormente en eventos de celebración y fiestas y muy frecuentemente, solo el 1.04%. Con respecto al hábito de fumar, predominan las personas que no fuman nunca (62.50%), mientras que la menor parte (10.41%), lo hace muy frecuentemente. El consumo de café es frecuente (61.44%) y se encontró que la minoría (7.56%) no beben café nunca. [Figura 5]. En la muestra seleccionada se encontró el consumo de café como la condición de mayor prevalencia, resultado que difiere de lo obtenido por Fernández, y colaboradores en el 2019, pues en esa población estaba extendido el hábito de beber alcohol y fumar (42). Los pacientes hipertensos deben regular el consumo de café ya que la ingesta elevada puede ser un factor de riesgo adicional de hipertensión a nivel individual, dado que algunas personas son más sensibles a los efectos cardiovasculares de la cafeína (43).

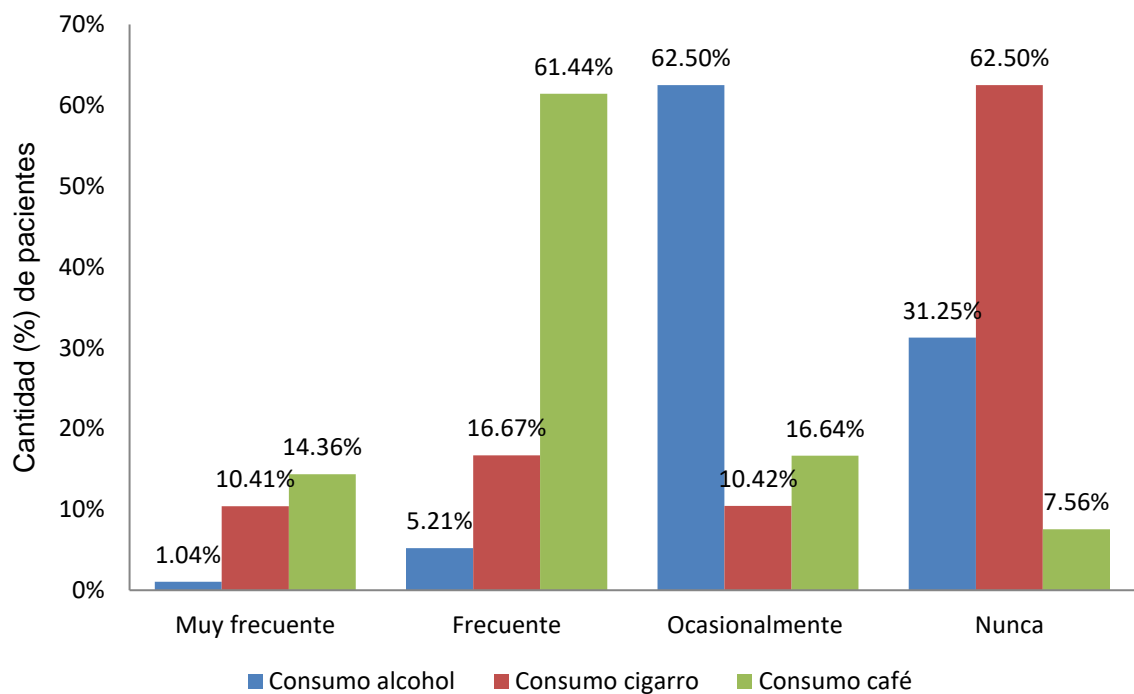


Figura 5. Prevalencia de hábitos dañinos en los pacientes hipertensos de la muestra en estudio.

En cuanto a la clasificación del grado de hipertensión de los pacientes estudiados se encontró que solo el 38.55% padecen HTA grado II, mientras que la mayor parte presentan HTA grado I (61.45%), momento propicio para realizar acciones de salud que permitan compensarlos y evitar una agudización de la enfermedad [Figura 6]. Además, se debe seleccionar la conducta terapéutica más indicada y efectiva. Igualmente, otros autores refieren que en su casuística primaron los pacientes en estadio I y manifiesta que son aquellos con los cuales el médico de la familia puede accionar, no así con quienes están categorizados en la fase más avanzada, los cuales requieren ser atendidos en el nivel secundario y en ocasiones hospitalizados (34). En la presente investigación se obtuvieron resultados similares, lo que permitió tomar acciones encaminadas a mejorar el estado de salud de los pacientes y se pudo corroborar lo que ya tantos autores habían descrito sobre el alto porcentaje de HTA esencial (44), resultando que 59 pacientes (61.45 %) del total de hipertensos resultaron sin causa aparente.

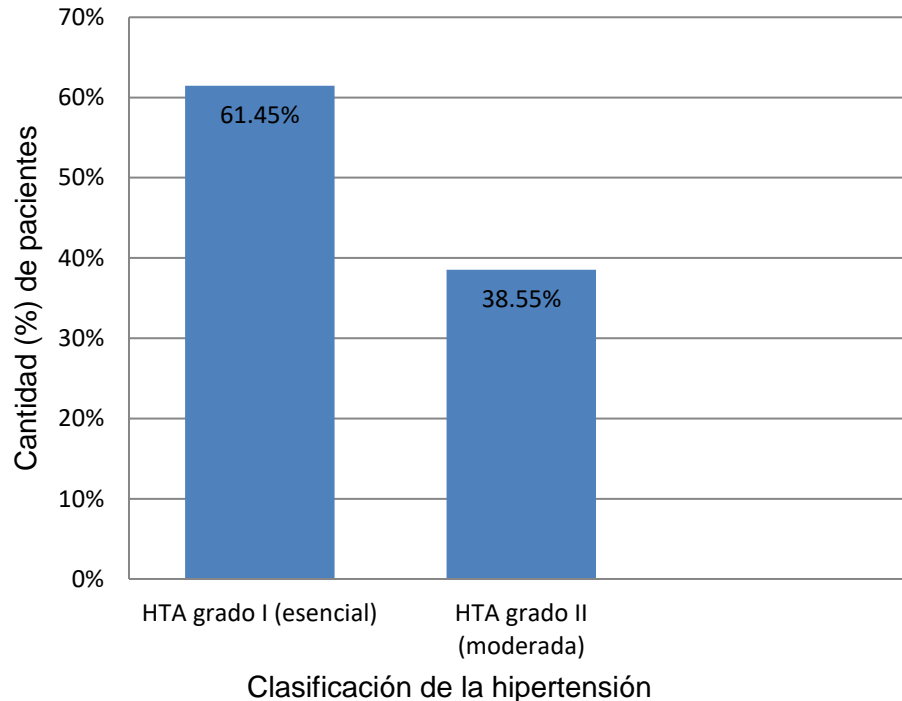


Figura 6. Clasificación actual del paciente hipertenso en la muestra objeto de estudio.

La indicación del Amlodipino estuvo justificada en la totalidad de la muestra (100%). Los pacientes encuestados reportaron que no necesitaron modificaciones en el esquema de tratamiento. En la mayor parte de los casos (54.17%) fue indicado Amlodipino 10mg, media tableta al día [Figura 7]. Se relaciona con lo planteado en la bibliografía por Gil en el año 2000, quien reportó que es un fármaco seguro y eficaz en el tratamiento de la hipertensión arterial tanto en monoterapia como en terapia combinada (45).

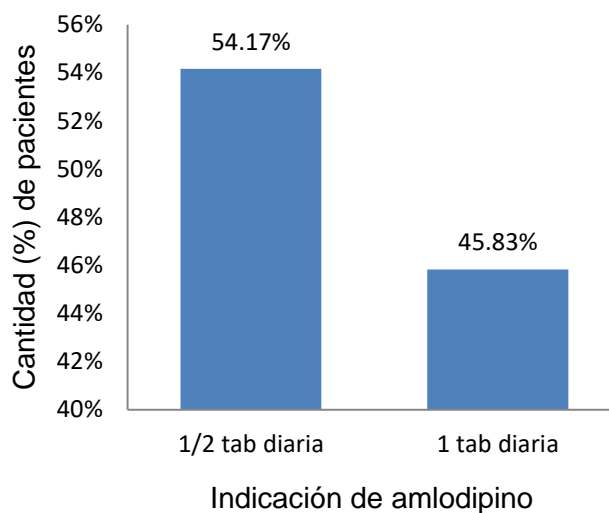


Figura 7. Esquema de tratamiento utilizado en la muestra de pacientes hipertensos estudiada

La mayor parte de los hipertensos del estudio no refieren efectos adversos en relación a la medicación (93.75%). En los pacientes que presentaron los mismos, fueron identificados, debido al consumo del Amlodipino, el edema de miembros inferiores (4.16%) y rubor facial con sensación de calor al inicio del tratamiento que representa el 2.09% del total de pacientes. Estos resultados no se relacionan con lo planteado por Garaundo, en el 2018, donde la población que fue estudiada, presentó somnolencia y debilidad debido al consumo del medicamento (46). Según las literatura revisadas, cuando el medicamento provoca efectos secundarios el paciente lo abandona, por eso se debe aplicar aquel medicamento que sea factible al paciente para lograr el cumplimiento del tratamiento (47).

En las entrevistas realizadas se comprobó que las dos terceras partes de las personas (67.71%) no tenían dominio de la información básica relacionada con dicho medicamento, mientras que solo el 32.29% sí conocía los aspectos relacionados con el Amlodipino [Figura 8]. Los aspectos relacionados con el mismo que desconocen con mayor frecuencia fueron: reacciones adversas e interacciones medicamentosas. En cambio, conocen acerca de la forma farmacéutica, composición, categoría farmacológica, indicaciones, posología y dosis diaria definida. Concuera con lo establecido en un estudio realizado en el 2014 por Piñaloza donde se observó un bajo porcentaje de personas con dominio básico de la información relacionada con el medicamento que les fue indicado (48).

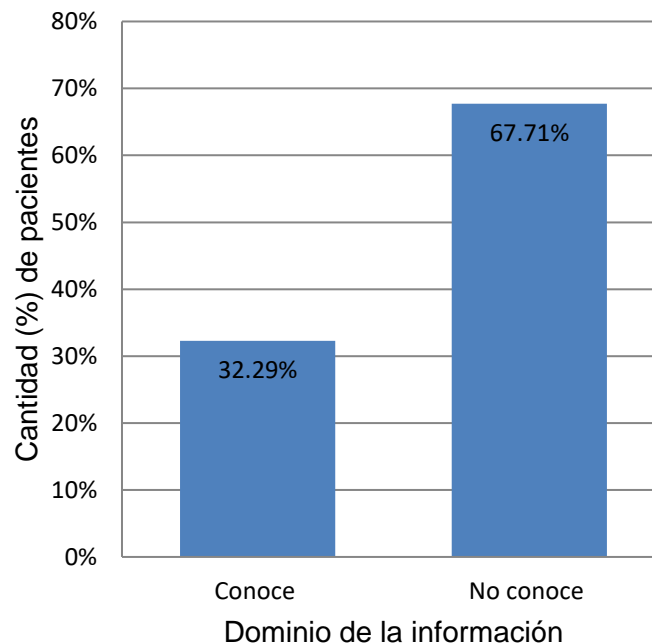


Figura 8. Dominio de la información relacionada con Amlodipino por parte de los pacientes hipertensos pertenecientes a la muestra estudiada.

En la muestra estudiada se observaron otros tratamientos asociados donde, entre los principales medicamentos que se consumen, se encuentran los relacionados con la hipertensión arterial; de ahí el alto consumo de Hidroclorotiazida, medicamento más utilizado (17.7%), Enalapril (14.58%),

Atenolol (8.33%) y Captopril (4.16%). Se aprecian otras enfermedades concomitantes como la diabetes, la cual es tratada con Glibenclamida (5.2%); para el tratamiento del asma utilizan el Salbutamol (5.2%). El Alopurinol (1.04%), se emplea para disminuir los niveles de ácido úrico y para tratar la gota; Ácido Acetil Salicílico (3.12%) y el dinitrato de isosorbide (2.08%) para las cardiopatías y para tratar el insomnio el Alprazolam (3.12%), pero estas se encuentran en menor medida con respecto a la prevalencia de la hipertensión [Figura 9]. Muchos autores manifiestan que para lograr el control de la tensión arterial se necesita utilizar más de un medicamento (49). Dicho planteamiento se corresponde con lo hallado en un estudio realizado por Morales, en el que más de la mitad de los hipertensos usan un esquema combinado de fármacos hipotensores (50).

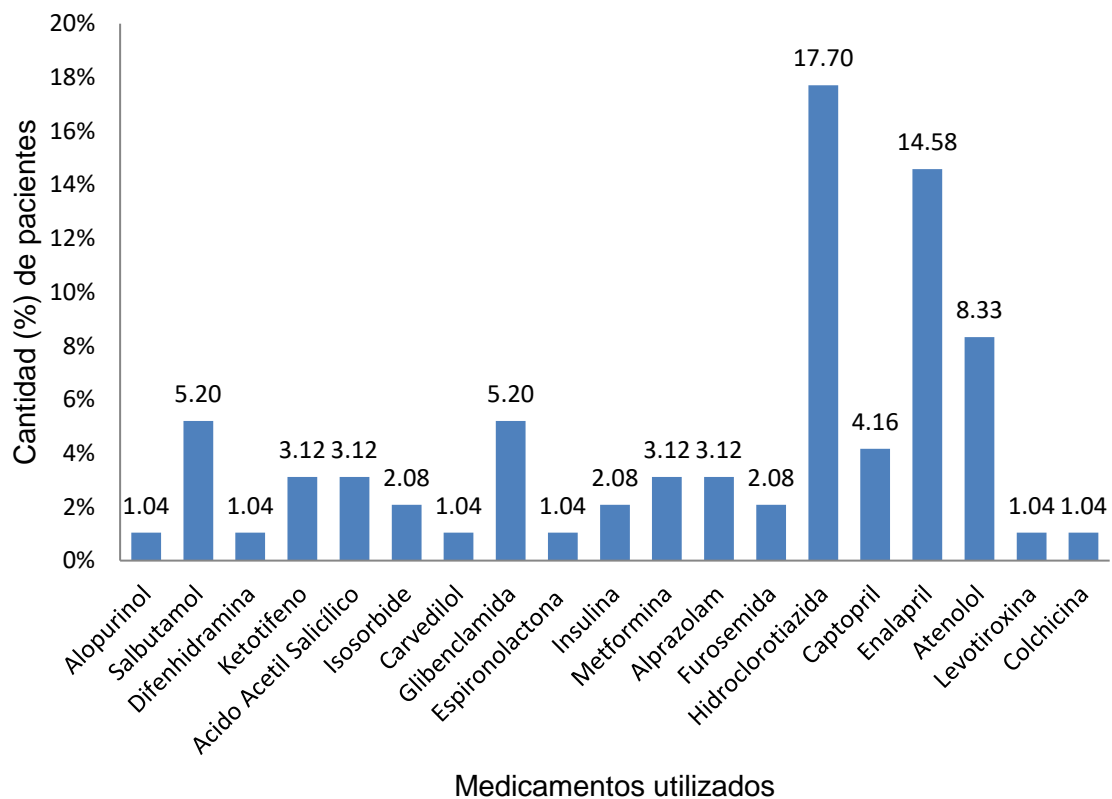


Figura 9. Medicamentos prescritos debido a enfermedades concomitantes en los pacientes hipertensos de la muestra en estudio.

3.2. Estudio de fragilidad de los pacientes

Se utilizó la escala clínica de fragilidad como herramienta diagnóstica para detectar el índice de fragilidad en los pacientes. De los individuos estudiados, la mayor proporción de los mismos se encontraron dentro de la categoría de bien manejado, lo cual representa el 20.83%, pues sus problemas médicos están controlados pero no realizan actividad frecuente, más allá de caminar; mientras que el 4.17% se encuentran dentro de la categoría de terminal, muy próximo al final de la vida pues debido a sus padecimientos se cree puedan morir en los próximos seis meses [Figura 10]. En relación con la bibliografía consultada autores como Álvarez y colaboradores; plantean resultados similares pues la población objeto de estudio mostraba condiciones físicas adecuadas y la enfermedad estaba controlada (51).

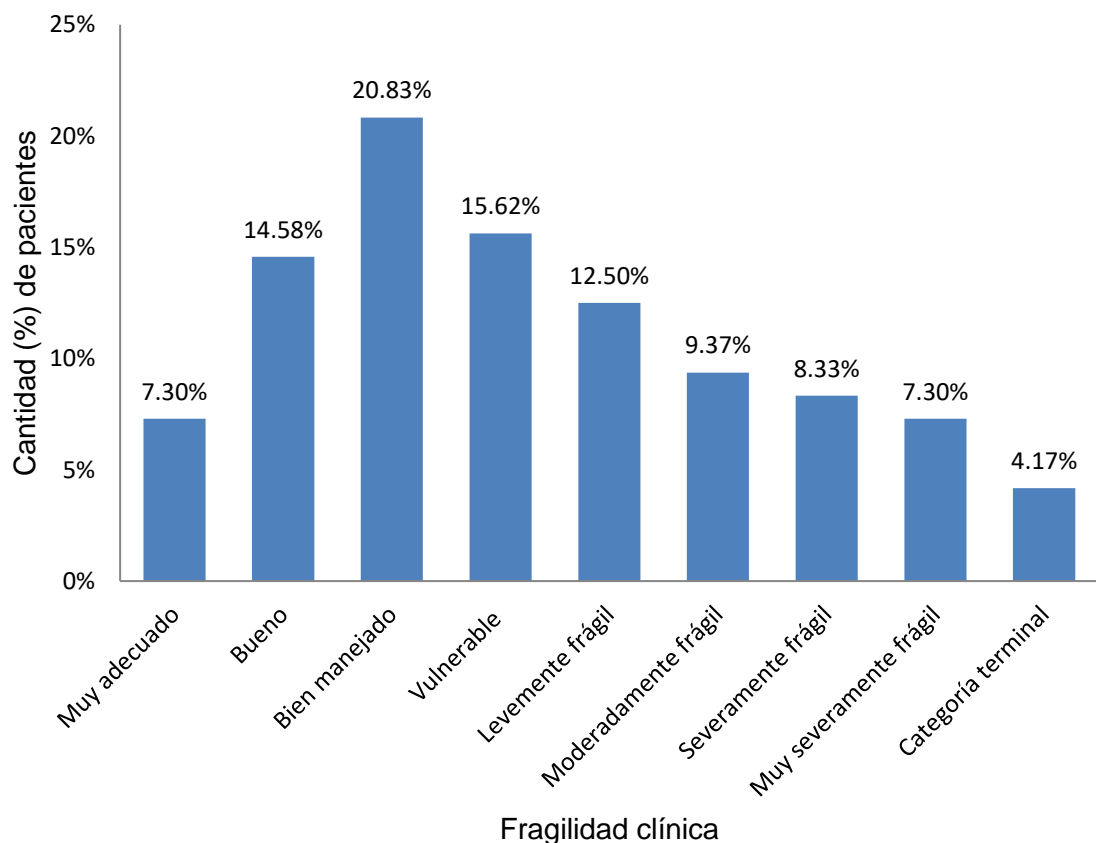


Figura 10. Fragilidad clínica mostrada por los pacientes hipertensos de la muestra en estudio.

3.3. Guía para el diseño del programa educativo de intervención comunitaria

En la actualidad los estilos de vida acelerados, en conjunto con diferentes determinantes sociales, como son la falta de áreas destinadas a la actividad física o actividades al aire libre, así como el nivel socioeconómico, los estilos de crianza y los roles sociales, han generado que esta población sea cada vez más sedentaria, con presencia de hábitos tóxicos y prevalencia de malos hábitos alimentarios, lo que los ha llevado a un incremento de los casos de hipertensión arterial. Las acciones a realizar en la comunidad tienen como metas la promoción de estilos de vida saludables, modificación de factores sociales que favorezcan la actividad física, una mejor alimentación y aumentar el nivel de conocimientos en la población sobre el medicamento Amlodipino. Del mismo modo se capacitará a profesionales de la salud (enfermeras (os), médicas (os)) y activistas para que puedan apoyar con esta actividad desde el centro de salud o asistiendo al lugar indicado. El programa educativo de intervención se aplicará en el consultorio médico 16-2 del policlínico Santa Clara, Consejo Popular Centro donde se llevó a cabo el análisis de los pacientes que padecen de hipertensión y son tratados con Amlodipino.

3.3.1. Estrategias a seguir según grupo de riesgo

Luego de realizar el estudio descriptivo de la muestra y debido a los problemas encontrados se procedió a distribuir a los pacientes en tres macro grupos para darles seguimiento en la unidad de salud, poder facilitar las actividades a realizar en los mismos y para su participación junto con la comunidad en el desarrollo y mantenimiento de la intervención. De acuerdo con la categoría en la que se ubica cada paciente en la escala de fragilidad: en el primer grupo se ubicarán a los individuos de menor riesgo (muy adecuado, bueno, bien manejado), en el segundo grupo estarán los que se ven limitados debido a sus padecimientos (vulnerable, leve y moderadamente frágil) y en el tercer grupo las personas que dependen de otras para realizar sus actividades (severamente frágil, muy severamente frágil y categoría terminal). Según el grupo de riesgo en el que se ubique a los participantes se establecerá el tipo e intensidad de las estrategias a seguir.

3.3.1.1. Estrategias a seguir con los individuos del primer grupo

- Actividad 1.

Tema: “Dieta sana”

Objetivo: Orientar a los pacientes acerca del consumo de alimentos saludables.

Técnica: Tormenta de ideas

En un tiempo estimado de una hora se deberá realizar un intercambio de ideas en el que los participantes den opiniones sobre lo que entienden por dieta saludable. Estas ideas serán recogidas sin evaluación ni censura. Se registrarán en una pizarra, con ayuda del activista, que luego será el encargado de orientar a los pacientes que lleven una dieta correcta y disminuyan el consumo de azúcares, grasas, harina y cereales. Será útil para que los participantes modifiquen sus hábitos. Podrá ser seleccionado como local de reuniones, la antigua escuela especial Pablo de la Torriente Brau, por ser un lugar amplio que cuenta con espacios propicios para la realización de actividades grupales.

- Actividad 2.

Tema: “Ejercitar el cuerpo”

Objetivo: Diseñar un conjunto de ejercicios físicos que permitan mejorar los niveles de actividad física en los pacientes que padecen hipertensión arterial y consumen el medicamento Amlodipino.

Técnica: Demostración

Los activistas, contando con el apoyo de licenciados en Cultura Física pertenecientes al INDER, deberán crear rutinas de ejercicios diarios, las cuales serán mostradas a los pacientes en espacios apropiados para la realización de esta actividad. El mismo podrá desarrollarse en el parque del Carmen. Estas demostraciones serán en un tiempo corto, dejando la mayor parte del tiempo para que las personas las realicen. Se iniciará con el calentamiento y luego se realizarán ejercicios sencillos movilizand o todas las articulaciones, desde la

cabeza hasta los pies. De esta manera, además de las rutinas de ejercicios diarias, será posible el desarrollo de juegos y Tai Chi, permitiendo estimular las diferentes partes del organismo.

- Actividad 3.

Tema: “Factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial”

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a la hipertensión, para así prevenirla.

Técnica: Discusión de grupo

Las enfermeras del consultorio deberán reunir a los pacientes para conversar acerca del consumo de alcohol y tabaco existente en la comunidad y la inactividad. Será necesaria la participación de la mayor cantidad de personas para lograr crear conciencia sobre lo dañino de sus hábitos. Por decisión del grupo se establecerá el tiempo que se dedicará a la discusión, estableciéndose como tiempo máximo el de una hora y para cada exposición de los miembros (dos o tres minutos). Como local de reuniones podrá ser seleccionado la antigua escuela especial Pablo de la Torriente Brau o las aulas del policlínico Santa Clara.

- Actividad 4.

Tema: “Conocimiento adecuado acerca del Amlodipino”

Objetivo: Explicar la importancia de conocer las propiedades del Amlodipino para elevar el nivel de conocimientos entre la población acerca del mismo.

Técnica: Charla

El médico de la familia, de manera corta y sencilla, explicará las propiedades farmacológicas del Amlodipino, posología, precauciones, las reacciones adversas potenciales y las posibles interacciones medicamentosas que se puedan presentar. Contará con un tiempo estimado de treinta minutos por encuentro. Estas charlas se deberán llevar a cabo con los pacientes y con los familiares ya que estos son los que les colaboran en la realización de las

actividades diarias. Se les hablará de la necesidad de cumplir estrictamente la prescripción farmacológica y la visita a especialistas cuando sea necesario. Se debe hacer especial énfasis en la toma del medicamento a la misma hora diariamente para que no se olvide su consumo. Podrá ser seleccionado como lugar de encuentro el consultorio médico.

3.3.1.2. Estrategias a seguir con los individuos del segundo grupo

- Actividad 1.

Tema: “Sedentarismo”

Objetivo: Debatir las actividades físicas específicas para evitar el sedentarismo en este grupo de riesgo

Técnica: Taller

A través de jornadas de una hora, el médico de la familia y los activistas, les expondrán a los pacientes las actividades que pueden realizar, por sí solos, para que no se conviertan en personas totalmente sedentarias. Las mismas deberán incluir estiramientos y caminatas de acuerdo a sus posibilidades. Estos talleres se podrán llevar a cabo en una de las aulas del policlínico Santa Clara. Además se podrán realizar visitas a las casas de los pacientes que no puedan acudir al sitio y así, involucrar a sus familiares también.

- Actividad 2.

Tema: “Conocimiento adecuado acerca del Amlodipino”

Objetivo: Explicar la importancia de conocer las propiedades del Amlodipino para elevar el nivel de conocimientos entre la población acerca del mismo.

Técnica: Charla

Descrita anteriormente en el epígrafe 3.3.1.1.

- Actividad 3.

Tema: “Consumo de sal en la dieta diaria”

Objetivo: Orientar a los pacientes acerca de la necesidad de disminuir el consumo de sal diario para controlar los niveles de tensión arterial.

Técnica: Charla

El médico de la familia contando con la ayuda de los activistas, orientarán a los individuos sobre la necesidad de disminuir el consumo de sal en la dieta diaria, pues constituye un factor de riesgo asociado a la HTA. Podrá ser seleccionado como lugar de encuentro la antigua escuela especial Pablo de la Torriente Brau y las casas de los pacientes hipertensos. Estas charlas se realizarán en presencia de los miembros de la familia de los pacientes y acompañantes de los mismos para que puedan dar sus opiniones. Se contará con un tiempo estimado de treinta minutos.

3.3.1.3. Estrategias a seguir con los individuos del tercer grupo

- Actividad 1.

Tema: “Alimentación adecuada”

Objetivo: Orientar a la familia de los pacientes acerca de una dieta adecuada, teniendo en cuenta su nivel de fragilidad.

Técnica: Simposio

El médico y las enfermeras del consultorio, trabajarán de manera conjunta e impartirán la información adecuada acerca de la dieta que se debe seguir en los individuos con mayor grado de fragilidad. Los pacientes y familiares deberán ser visitados en sus hogares, o podrán acudir al consultorio donde el personal médico les explicará la necesidad de evitar las comidas ricas en colesterol, disminuir el consumo de sal y mantener un consumo adecuado de líquidos: como mínimo un litro y medio al día. Estas conversaciones deberán efectuarse en un tiempo aproximado de treinta minutos para no perder el interés de los individuos.

- Actividad 2.

Tema: “Movilizaciones pasivas a pacientes encamados”

Objetivo: Demostrar a familiares de pacientes encamados la manera de realizar las movilizaciones pasivas para evitar complicaciones.

Técnica: Video debate

Los activistas deberán mostrar videos a los individuos que demuestren maniobras que mejorarán el estado físico de la persona a la que se atiende, facilitará los cuidados que ésta requiera y ayudará en la prevención de complicaciones musculo esqueléticas. Estos ejercicios serán una buena herramienta en el cuidado diario de las personas con limitaciones de movimiento. Esta actividad podrá ser desarrollada en una de las aulas del policlínico Santa Clara utilizando proyectores que permitan observar con mayor claridad las maniobras a realizar y a través de visitas a las casas de los pacientes contando con un tiempo estimado de treinta minutos.

- Actividad 3.

Tema: “Conocimiento adecuado acerca del Amlodipino”

Objetivo: Explicar la importancia de conocer las propiedades del Amlodipino para elevar el nivel de conocimientos entre la población acerca del mismo.

Técnica: Charla

Descrita anteriormente en el epígrafe 3.3.1.1.

3.3.2. Cronograma de actividades a realizar en los pacientes

Una vez determinadas las actividades y ordenadas secuencialmente, se las puede presentar gráficamente en un cronograma ya que es uno de los aspectos que determina el éxito o fracaso de un buen proyecto.

Cronograma de actividades a realizar en los individuos del primer grupo

Actividad	Tema	Duración	Promotor social	Técnica educativa	Lugar de encuentro	Fecha
Actividad #1	“Dieta sana”	Una hora	Activista	Tormenta de ideas	Antigua escuela especial Pablo de la Torriente Brau	10/1/2022
Actividad #2	“Ejercitar el cuerpo”	Una hora	Activista, Lic. Cultura física pertenecientes al INDER	Demostración	Parque del Carmen	17/1/2022
Actividad #3	“Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial”	Una hora	Enfermeras del consultorio	Discusión de grupo	Antigua escuela especial Pablo de la Torriente Brau, aulas del policlínico Santa Clara.	24/1/2022
Actividad #4	“Conocimiento adecuado acerca del Amlodipino”	Treinta minutos	Médico de la familia	Charla	CMF No.16-2	31/1/2022

Cronograma de actividades a realizar en los individuos del segundo grupo

Actividad	Tema	Duración	Promotor social	Técnica educativa	Lugar de encuentro	Fecha
Actividad #1	“Sedentarismo”	Una hora	Médico de la familia, activistas	Taller	Aulas del policlínico Santa Clara, casas de los pacientes	12/1/2022
Actividad #2	“Conocimiento adecuado acerca del Amlodipino”	Treinta minutos	Médico de la familia	Charla	CMF No.16-2	18/1/2022
Actividad #3	“Consumo de sal en la dieta diaria”	Treinta minutos	Activistas, médico de la familia	Charla	Casas de los pacientes hipertensos, antigua escuela especial Pablo de la Torriente Brau	19/1/2022

Cronograma de actividades a realizar en los individuos del tercer grupo

Actividad	Tema	Duración	Promotor social	Técnica educativa	Lugar de encuentro	Fecha
Actividad #1	“Alimentación adecuada”	Treinta minutos	Médico, enfermeras del consultorio	Simposio	Casas de los pacientes, CMF No16-2	13/1/2022
Actividad #2	“Movilizaciones pasivas a pacientes encamados”	Treinta minutos	Activistas	Video debate	Casas de los pacientes, aulas del policlínico Santa Clara	20/1/2022
Actividad #3	“Conocimiento adecuado acerca del Amlodipino”	Treinta minutos	Médico de la familia	Charla	CMF No. 16-2	27/1/2022

Las fechas en las que se llevarán a cabo las actividades pueden estar sujetas a modificaciones debido a la situación epidemiológica actual y las afectaciones que produce el Covid-19.

3.3.2. Evaluación

Se procede a comprobar el grado en que se logran los objetivos propuestos a través de la valoración de los conocimientos y habilidades adquiridos durante la marcha del proceso. Para determinar el alcance social que han tenido las acciones propuestas en la intervención es preciso realizar actividades dirigidas al cumplimiento de esta tarea; las mismas podrán ser desarrolladas por los activistas en un tiempo de una hora. Por ejemplo se realizarán conversatorios donde se expresen las principales dificultades que han entorpecido la marcha del proceso, visitas en los hogares de las personas para constatar el nivel de conocimientos adquiridos sobre el Amlodipino, la HTA y sus factores de riesgo y desarrollo de debates y proyectos comunitarios que promuevan la participación ciudadana. Al concluir cada taller, se evaluará aplicando técnicas participativas como son: PNI, donde las personas van a escribir lo positivo, negativo o interesante de la actividad, se utilizará también una técnica denominada La Carta, al concluir el taller cada integrante le escribirá una carta a un amigo describiéndole lo que más le gustó de la actividad, lo que menos le gustó y lo nuevo aprendido, el diferencial semántico donde se establecerán categorías para describir el desarrollo de la actividad y por último se utilizará la técnica de las expresiones, donde se le entrega a cada participante una hoja con distintas expresiones de alegría o tristeza y cada persona marca con una cruz la cara que refleja su estado de ánimo en el transcurso de la actividad. La finalidad de la intervención es motivar y ayudar a las personas para lograr una disminución de la presión arterial, modificar los factores de riesgo cardiovascular mediante la elección de alimentos saludables, un estilo de vida físicamente activo, eliminación de hábitos tóxicos y reducir el consumo de sal en la dieta diaria.

El diseño para la guía de intervención comunitaria se considera factible y aplicable ya que está diseñada sobre la base de la problemática existente en el Consultorio Médico 16-2, Santa Clara partiendo de la necesidad de elevar la calidad de vida como parte del desarrollo humano y de la importancia de disminuir los factores de riesgo que puedan contribuir a potenciar la HTA.

Además es aplicable porque el conjunto de acciones diseñadas para llegar al objetivo deseado está elaborado en un lenguaje y estructura que puede ser traducido y ejecutado por otras personas en contextos semejantes. Es generalizable porque da la posibilidad real de aplicarse en contextos similares en el tratamiento de la problemática en otras localidades del municipio con características geográficas, demográficas, socioeconómicas y socioculturales similares o ser extendidas a otros territorios. Se considera pertinente por la prioridad que tiene en estos momentos la disminución de los casos de hipertensión de manera global, nacional y local, además de constituir una herramienta para trabajar con vistas a transformar la realidad actual de la comunidad, ofreciendo estilos de vida sanos y congruentes necesarios en la actuación diaria. Posee un carácter novedoso y original ya que en el territorio nunca se había elaborado un programa educativo de intervención comunitaria en función de solucionar esta problemática existente en la circunscripción. Además se considera válida porque los factores comprometidos trabajan en función de la modificación de conductas, actitudes, estilos de vida y en la integración de todos los organismos, para lograr incrementar la calidad de vida en la zona.

Conclusiones

Conclusiones

Luego de los resultados obtenidos durante el estudio se pudo arribar a las siguientes conclusiones:

- ✓ Los pacientes de la comunidad presentan estilos de vida sedentarios, caracterizados por la falta de ejercicio físico, los malos hábitos alimentarios y el consumo de cigarro y alcohol y de café en mayor medida.
- ✓ Se requiere incrementar el conocimiento acerca del Amlodipino, pues aunque es un medicamento bien tolerado por los pacientes, quienes en su mayoría no presentan reacciones adversas, hay déficit del manejo de la información básica sobre este medicamento.
- ✓ A través del uso de la escala clínica de fragilidad, se encontró que la mayoría de los pacientes se incluyen en la categoría de bien manejado y un bajo porcentaje en la categoría terminal.
- ✓ Se definieron como actores sociales: activistas, licenciados en cultura física pertenecientes al INDER, médicos y enfermeras del consultorio 16-2, que son los responsables de ejecutar la intervención.
- ✓ El programa educativo de intervención comunitaria tuvo como metas la promoción de estilos de vida saludables, modificación de factores sociales que favorezcan la actividad física, una mejor alimentación y aumentar el nivel de conocimientos sobre el medicamento Amlodipino, para lo cual se dividieron a los pacientes en tres grupos de acuerdo a su categoría en la escala de fragilidad.
- ✓ La estrategia educativa a seguir se trazó de acuerdo al grupo en el que se ubica cada paciente, utilizando técnicas como tormenta de ideas, demostración, taller, discusión de grupo y video debate.
- ✓ El cronograma propuesto incluye actividades a realizar, duración de las mismas, tema a tratar, promotor responsable, lugar y fecha donde se llevarán a cabo.
- ✓ Para la evaluación se propusieron actividades como PNI, conversatorios y debates.

Recomendaciones

Recomendaciones

- ✓ Que se cumplan las actividades propuestas ya que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a lograr un mejor control de las cifras de tensión arterial.
- ✓ Que las acciones propuestas se extiendan a otras zonas para lograr la incorporación de mayor cantidad de personas a la práctica de estilos de vida saludables.

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

1. Mejía CM. Cuidados de enfermería en el paciente del programa de crónicos con Hipertensión Arterial del Hospital Militar Geriátrico. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016;32(3):326-45.
2. Príncipe JCA, Tortoló IS, Salabert IA, Díaz MM, Cruz DG, Bouso AA. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Revista Médica Electrónica. 2017;39(4):987-94.
3. Eduarde IC, Marrero JCD. Anuario Estadístico de Salud. 2016. MediSur. 2018;16(1):110-208.
4. Marengo M. Prevalencia de la hipertensión arterial en adolescentes y factores de riesgo asociados [Tesis de Doctorado]. Córdoba: Universidad Católica de Córdoba; 2016.
5. Gijón T, Gorostidi M, Camafort M, Abad M, Martín E, Morales, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertensión y riesgo vascular. 2018;35(3):119-29.
6. Martínez C, Pérez R, Córdoba L, Santín M, Macías I. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(1):46-88.
7. Mori MdP. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Liberabit. 2008;14(14):81-90.
8. Perez C, Dueñas H, Alfonso G, Vázquez V, Navarro D, Del Poza J. Guía cubana para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la hipertensión

arterial. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008:64.

9. Zelaya GÁ, Ordóñez M. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes que asisten al Servicio de Consulta Externa del Hospital del Sur, abril a septiembre del 2008 [Tesis de Doctorado]. Córdoba: Universidad Católica de Córdoba; 2008.

10. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*. 2012;11(26):344-53.

11. Berenguer LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *Medisan*. 2016;20(11):2434-8.

12. Puig AB, de Briñas EPL. Hipertensión maligna. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2000;17(5):198-207.

13. López D. Hipertensión Arterial Sistémica. Informe para Pacientes México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Cardiología. *Enfermería Global*. 2016;12(5):120-31.

14. Rodríguez GB, Núñez HMR. Efectividad de la terapia floral de Bach en pacientes con hipertensión arterial. *MediSan*. 2014;18(03):348-54.

15. Pérez JH, Unanua AP. Hipertensión arterial. *Everest*. 2002; 11(02):206-80.

16. Guarnaluses LJB. Some considerations on hypertension. *MediSan*. 2016;20(11):5185-90.

17. Simón M, Quetglas E, Pérez JH. Amlodipino. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. 1994; 7(2):27.
18. Benítez BdIC, Pría MdC, Rojas FR, Barroso M. Calidad de la Revista Cubana de Medicina General Integral, años 2002 y 2006. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2008;24(4):122-52.
19. Santí PMH, García NM, Ribalta CN. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015;31(4):326-45.
20. Cárdenas CP, Guerra YR, Forteza LC, Chacón YA. The community psychosocial diagnosis as a tool for working on Primary Health Care. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2020;36(1):1-18.
21. Herrera AFD, Hernández O, Rojas NA, Sosa E, de la Noval García R, Aguiar J. Manejo comunitario de la hipertensión arterial en el Municipio Jagüey Grande, Matanzas. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2011;16(3):251-8.
22. Sotolongo MB. Intervención educativa a los pacientes con nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial. Revista Cubana de Tecnología de la Salud. 2018;9(1):65-78.
23. Vargas EER, Martínez MP, López MAO. Propuesta de intervención comunitaria para modificar los principales factores de riesgo cardiovascular mediante la promoción de estilos de vida saludable en población de 20-59 años de la localidad pedregal de las águilas en la delegación Talpan. MediSan. 2018; 25(12):145-65.

24. Carrillo JF, Torres AR. Uso de la escala cfs (clinical frailty scale), como factor pronóstico de mortalidad en adultos mayores admitidos a la unidad de cuidados intensivos. *MediSan*. 2018; 17(10):205-20.
25. Jiménez JA, Téllez CA, Esguerra GA. Conceptualización y medición de la calidad de vida en la infancia. *Diversitas: perspectivas en psicología*. 2011;7(1):103-24.
26. Pucachaqui EA. Percepción de la implementación de parto culturalmente adecuado en pacientes atendidas en centro obstétrico del hospital Alberto Correa Cornejo-Yaruquí 2019 [Disertación]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2019.
27. Delgado PG, Garralda MÁG, Parejo MIB, Lozano FF, Martínez FM. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atención primaria*. 2009;41(12):661-8.
28. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Hypertension*. 2003;42(1):1206-52.
29. Cortes AC. Generalidades de farmacovigilancia [Tesis de Diplomado]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2017.
30. Adriansén OH. Interacciones medicamentosas y problemas relacionados con medicamentos en la prescripción a pacientes hipertensos del Seguro Integral de Salud-Hospital Cayetano Heredia, 2016 [Tesis de Diplomado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
31. Oblitas ED. Diseño de un programa educativo basado en el deporte y la recreación para promover estilos de vida saludables de los estudiantes del

primer año de la Escuela Profesional de Educación Inicial de la Universidad Nacional de Trujillo-2018 [Disertación]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019.

32. Lluís GE, Llibre Rodríguez JdJ. Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. *Revista cubana de medicina general integral*. 2004;20(4): 12-25.

33. Sánchez RG, Milián RL, Rodríguez JEF-B, Gallestey JB. Evolución de la hipertensión arterial en el niño según tratamiento y presencia de hipertrofia ventricular izquierda. *Revista Cubana de Pediatría*. 2016;88(3):292-309.

34. Pérez NAA, Ali JFR, Labrada NR, Cuevas MH, Álvarez RG. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial "Renato Guitart Rosell". *MediSan*. 2018;22(4):347-354.

35. Hernández MB, Blanco OG. Los estrógenos como protectores cardiovasculares. *Medicentro*. 2012;16(3):148-53.

36. Zilberman JM. Menopausia: Hipertension arterial y enfermedad vascular. *Hipertensión y riesgo vascular*. 2018;35(2):77-83.

37. Gordón ME, Gualotuña MS. Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo A Pujilí en el periodo Julio-Diciembre 2014 [Disertación]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015.

38. Caceres FM, Meneses LY, Gómez NM, Mendieta YY. Hipertensión arterial-departamento de Boyacá [Tesis de Doctorado]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia;2017.

39. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *New England Journal of Medicine*. 2014;371(7):624-34.
40. Rojas A. Factores asociados a la hipertensión arterial en adolescentes de San Juan y Martínez, 2018. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2020;46(4):2147-66.
41. Díaz RP, Castillo OO, Torres ERM, Moreno MdICC, Valdés LMG. Influencia del sedentarismo y la dieta inadecuada en la salud de la población pinareña. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2014;18(2):221-30.
42. Fernández OLM, Mainegra JJM, Solís RB. Un programa de capacitación comunitaria: experiencia preventiva en la Hipertensión Arterial. *Mendive*. 2019;17(2):240-53.
43. Pérez F, Pascual V, Meco JF, Martínez PP, Lista JD, Domenech M, et al. Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 2018;30(6):280-310.
44. Lárez C, Santiago D, Rojano-Rada J, Hernandez P. Caracterización de los pacientes con hipertensión arterial esencial y diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa de un servicio de medicina interna Characterization of patients with essential arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus from the external. *Revista Digital de Postgrado*. 2021;10(2):2244-761.
45. de Miguel AG, García RJ, Garrido PC, González JM, González IF, Martínez JE. Seguridad y efectividad de amlodipino en pacientes hipertensos no controlados farmacológicamente en el ámbito de Atención Primaria. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2000;17(7):296-301.

46. Garaundo CS. Asociación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital Ventanilla de septiembre a noviembre 2017 [Disertación]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.
47. Zúñiga CI. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial [Tesis de Doctorado]. Guano: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016.
48. Piñaloza Galarza SG. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que acuden al subcentro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato [Disertación]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2014.
49. Vázquez LMH, Martínez VTP, de la Vega Pažitková T, Montero OAA, Quijano JE. Characterization of hypertensive patients older than 18 years from medical practice 3 at " Ana Betancourt" Polyclinic. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2014;30(1):59-70.
50. Morales Munguía RJ, Ramos Hernández PA. Abordaje terapéutico en pacientes hipertensos activos en el programa de los Centros de Salud "Cuapa" y " El Ayote", Chontales, oct. del 2006 [Tesis de Doctorado]. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
51. Alvarez CV, Claros JAV. Efecto de un programa de entrenamiento físico sobre condición física saludable en hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016;19:277-88.

Anexos

Anexo 1: Encuesta aplicada a los pacientes muestra de estudio

La presente encuesta forma parte del desarrollo del ejercicio de culminación de estudios de una alumna de Licenciatura en Ciencias Farmacéuticas. Un paciente que consume Amlodipino para el tratamiento de hipertensión arterial, ha sido identificado en el Consultorio Médico al cual pertenece. Sus respuestas contribuirán al diseño de la propuesta de acciones que pretenden mejorar su calidad de vida, las cuales serán coordinadas por el Consultorio. Le pedimos considere su ayuda al responder la encuesta, siendo recomendable la intervención de otro u otros miembros de la familia o, de no existir, de un vecino, que enriquecerán los criterios emitidos.

De estar de acuerdo con participar, por favor escriba su nombre y apellidos y su firma o los del familiar o vecino que colaborarán en ello.

Les damos a todos, de manera anticipada, nuestro agradecimiento. Tutora de la estudiante: Dra.C. Daymí Isabel Carrazana García (Profesora Titular, Departamento de Farmacia, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas).

Nombre del paciente: _____

Edad: ___ Sexo: ___ Dirección: _____

1. ¿Desde cuándo consume el Amlodipino para el tratamiento de la hipertensión arterial? Marque con una X.

Menos de 5 años: ___ Entre 6 y 10 años: ___ Más de 10 años: ___

2. ¿Domina la información básica relacionada con el consumo del medicamento? Marque con una X: Sí ___ No ___

3. Responda cuál de las variantes consume. Marque con una X:

Amlodipino de 5mg ___ Amlodipino de 10mg ___

4. Consume 1 tableta al día. Marque con una X:

Sí ___ No ___

De ser no, diga cuantas, en que momento del día y el número de horas aproximado entre tomas del medicamento: _____

¿Le recomendó su médico tomar más de una? Marque con una X:

Sí ___ No ___

De ser no, ¿Cuál es el criterio que lo explica? Marque con una X:

Lo recomienda un familiar, amigo o vecino: ___ Lo leí en internet: ___

Otra: ___ ¿Cuál? _____

5. Posibles reacciones debidas al consumo de este medicamento (Diga cuáles): _____

6. ¿Padece de otras enfermedades que hayan sido diagnosticadas por un médico? Marque con una X:

Sí ___ No ___ Diga cuáles: _____

7. ¿Consume medicamentos habitualmente para estas otras enfermedades? Marque con una X:

Sí ___ No ___ Diga cuáles: _____

8. ¿Tiene otros padecimientos habituales no diagnosticados por un médico? Marque con una X:

Sí ___ No ___ Diga cuáles: _____

9. ¿Consume medicamentos habitualmente para estos otros padecimientos? Marque con una X:

Sí ___ No ___ Diga cuáles: _____

10. Marque con una X si ha tenido alguno o algunos de las siguientes reacciones y los ha relacionado con el consumo de Amlodipino. Marque con una X.

Sueño ___ Dolor de cabeza ___ Mareos ___ Alteración de la vista ___

Palpitaciones del corazón ___ La cara y las orejas rojas ___ Gases ___

Dificultad para respirar ___ Calambres musculares ___ Estreñimiento ___

Sensación de llenura poco después de empezar a comer ___ Diarrea ___

Ardor o hinchazón en la parte de arriba del estómago ___

Hinchazón en los tobillos___ Inflamación en algunas partes del cuerpo___
Dolor de espalda acompañado de gran sensación de malestar ___
Ruidos al respirar que comienzan de pronto ___

11. ¿En su opinión cómo considera su actividad física? Marque con una X
Elevada ___ Media ___ Baja ___ Ninguna___

12. Diga sus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas. Marque con una X
Muy frecuente___ Frecuente___ Ocasionalmente___ Nunca___

13. Diga sus hábitos de consumo de cigarrillos, café o tabaco. Marque con una X
Muy frecuente___ Frecuente ___ Ocasionalmente___ Nunca___

14. Marque con una X los alimentos que consume con frecuencia:

Vegetales___ Carnes (pollo, puerco, res, pescado) ___ Pan___ Arroz___

Dulces criollos___ Leche o yogurt___ Dulces de harina de pan___

Frutas___ Granos (frijoles, chícharos u otros) ___ Refrescos de gas___

Mantequilla___ Huevo___ Manteca de puerco___ Mayonesa___

Aceite___ Otros: ___ ¿Cuáles? _____

15. ¿En su opinión cuál es el nivel de consumo de sal en sus comidas?

Alto___ Medio___ Bajo___

16. Diga si toma medidas especiales al preparar sus alimentos y en ese caso en qué consisten: _____

17. De la manera más real posible:

Diga su altura en centímetros: _____ Diga su peso en libras: _____

Anexo 2: Escala clínica de fragilidad

Observe todos los dibujos y lea con cuidado el escrito junto a cada dibujo. Después de hacerlo encierre en un círculo la categoría en que se ubica el paciente (puede ser realizado por el paciente, un familiar o vecino).



1. Muy adecuado. Personas robustas, activas, con energía y se entusiasman con actividades diversas. Hacen ejercicios físicos regularmente. Son identificadas entre las más aptas dentro del grupo de su edad.



4. Vulnerable. Aunque no dependen de la ayuda diaria de otras personas, los síntomas de sus padecimientos limitan sus actividades. Una queja común de estas personas es que se sienten lentos o están cansados durante el día.



7. Severamente frágil. Personas que necesitan ayuda por completo para su cuidado personal, ya sea por causas físicas o mentales. Aun así, parecen estables y no están en riesgo de morir dentro de los próximos seis meses.



2. Bueno. Personas que tienen controlados los síntomas de la enfermedad (esta u otra), pero se pueden considerar menos aptas que las del grupo 1. A menudo hacen ejercicios físicos o son muy activos.



5. Levemente frágil. Aquellas personas que se conducen con una lentitud evidente. Necesitan ayuda para sus actividades (tomar los medicamentos, ir al banco, transportarse a otros sitios, realizar trabajos pesados en la casa). Con el paso del tiempo no pueden realizar por sí mismos las compras, caminar por sí solos, preparar sus comidas y realizar las labores de la casa.



8. Muy severamente frágil. Personas completamente dependientes de otras. Cercanas al final de la vida. Hasta se piensa que no puedan recuperarse de una enfermedad menor.



3. Bien manejado. Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, pero no tienen una actividad frecuente más allá que caminar para sus actividades cotidianas.



6. Moderadamente frágil. Personas que necesitan de ayuda para todas las actividades fuera de la casa y con el mantenimiento de la casa. Además, con frecuencia tienen problemas para subir y bajar escaleras, necesitan ayuda para bañarse y vestirse.



9. Categoría terminal. Muy próximo al final de la vida. Se aplica a personas que se cree puedan morir en los próximos seis meses.