

Estrategia capacitante en pacientes con hipertensión arterial

Training strategy in patients with hypertension

**MsC. Manuel de Jesús Linares Despaigne,^I MsC. María Mercedes Arrate Negret,^I
MsC. Vivian Molina Hechavarría,^{II} MsC. Jorge Armando Poll Pineda^{III} y Dra.
Dayanis Linares Ibarra^{IV}**

^I Policlínico Docente Municipal, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Gustavo Machín", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Policlínico Docente "Carlos Juan Finlay", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una estrategia capacitante en 40 pacientes hipertensos, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba, de enero a diciembre de 2014, quienes cumplían los criterios de inclusión y exclusión elaborados a tal efecto, con vistas a evaluar los fundamentales resultados obtenidos con la aplicación de dicha estrategia, la cual fue estructurada en 3 etapas de trabajo: la diagnóstica, la de aplicación y la evaluativa. Se destacó la favorable variación de los aspectos cognocitivos impartidos, sobre todo de aquellos relacionados con el estilo de vida y el control de la presión arterial; por lo que se recomendó mantener la estrategia y evaluar nuevamente su impacto dentro de 2 años.

Palabras clave: hipertensión arterial, estrategia capacitante, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A training strategy in 40 patients with hypertension, belonging to the health area of the Municipal Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba, was carried out from January to December, 2014, who fulfilled the inclusion and exclusion criteria elaborated to such an effect, aimed at evaluating the fundamental results obtained with the implementation of this strategy, which was structured in 3 work stages: diagnostic, implementation and evaluative stages. The favorable variation of the cognitive aspects imparted was remarkable, mainly of those related to the lifestyle and the blood pressure control; reason why it was recommended to maintain the strategy and to evaluate its impact again within 2 years.

Key words: hypertension, training strategy, primary health care.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la hipertensión arterial (HTA) es considerada un síndrome cardiovascular complejo, progresivo y multicausal, que origina cambios funcionales y estructurales en el corazón y sistema vascular, los que pueden conducir a morbilidad prematura y a muerte.

Esta se encuentra entre las enfermedades más frecuentes en el planeta, pero a veces solo se advierte su presencia cuando aparecen sus complicaciones.¹⁻³

Al aumento tensional en sí se deben sus principales alteraciones, que ocurren en órganos clave, como corazón, riñones, cerebro, vasos sanguíneos y ojos. Clínicamente puede evolucionar con síntomas como cefalea occipital matutina, visión borrosa, zumbido de oídos, sensación de inestabilidad, disnea y confusión mental.⁴⁻⁶

Dicha entidad clínica es un factor de riesgo de enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y endocrinas (diabetes mellitus); de ahí que se pueden mencionar entre sus complicaciones: infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica, retinopatía hipertensiva y arterosclerosis.⁷⁻⁹

Entre las condiciones de riesgo modificables de la HTA se pueden citar el estrés, la obesidad, los malos hábitos dietéticos y las alteraciones mentales relacionadas con tóxicos, como alcoholismo, tabaquismo y cafeísmo;⁹⁻¹¹ entre las no modificables se encuentra la edad por encima de los 45 años, que resulta la más frecuente.¹²⁻¹⁴ Otros factores que se le relacionan son el sexo, la raza, la herencia, la hiperlipemia y los antecedentes familiares y personales de determinadas enfermedades.

Estados Unidos cuenta con una gran población de más de 50 millones de hipertensos, donde cerca de 17 ni siquiera saben que lo son, y predominan los de piel negra (32 %), sobre los de piel blanca (23 %). En Cuba, y de igual modo en el área de salud del Policlínico Docente Municipal en Santiago de Cuba, 30 % de la población urbana y 15 % de la rural es hipertensa y alrededor de 2 millones de habitantes padecen la enfermedad.^{7, 8}

En estudios analíticos realizados en la comunidad asistida en el Policlínico Docente Municipal se ha demostrado que el bajo nivel cognocitivo de estos pacientes acerca de su enfermedad, repercute negativamente en el control de esta y en consecuencia aparecen complicaciones, por practicar inadecuados estilos de vida, lo que motivó a aplicar esta estrategia, con la hipótesis de que de aplicarla además de mejorar los aspectos cognocitivos, mejorarían el estilo y la calidad de vida y, por lo tanto, el control de sus cifras tensionales, y además se evitarían complicaciones.

MÉTODOS

Se realizó una estrategia capacitante comunitaria en 40 pacientes hipertensos, atendidos en el Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre de 2014, con el objetivo de evaluar los resultados luego de aplicada esta.

Los integrantes del estudio debían cumplir los criterios establecidos a tal efecto:

- a) Criterios de inclusión: voluntariedad, pertenecer y convivir en el área, tener 18 años de edad o más y adecuada capacidad física y mental.
- b) Criterio de exclusión: ausentarse a una o más sesiones de clases.

Para ejecutar la estrategia fueron elaboradas 3 etapas de trabajo: la diagnóstica, la de aplicación propiamente dicha y la evaluativa.

En la primera se le aplicó la planilla de consentimiento informado, se determinaron algunas variables de interés como: edad, sexo y escolaridad, de acuerdo al último grado escolar vencido; y luego se aplicó la encuesta cognocitiva inicial, que contó con 5 preguntas, evaluadas según una clave confeccionada para ello, donde cada pregunta recibió un valor de 20 puntos, si no existía ningún inciso incorrecto, cuya sumatoria

permitió totalizar hasta 100 puntos, y así clasificar el aspecto cognocitivo en: adecuado, si se obtenía 60 o más, e inadecuado si se obtenía menos de 60 puntos.

En la segunda etapa el grupo fue dividido en 2 subgrupos de 20 pacientes cada uno, a los que se les aplicó 5 sesiones de clases de 2 horas, que iniciaron con uno de los 5 aspectos teóricos cuyas temáticas incluían: criterios conceptuales, diagnóstico y complicaciones (1), identificación y control de los factores de riesgo (2), medicina alternativa (3), consulta médica, responsabilidad individual y autocontrol (4), ejercicios físicos y buenas prácticas dietéticas (5).

En las sesiones de clases se aplicaron métodos o técnicas de intervención, a saber:

1. Escuela: modalidad donde se emplearon diversas técnicas, como entrevistas, conferencia, modalidades participativas y de relajación, terapia musical combinada con colores (músico-terapia, cromoterapia), dinámica o discusión grupal; todo ello permitió evaluar el conocimiento gradualmente adquirido, mientras se ofrecían opciones y criterios sobre el comportamiento individual y las formas de modificarlo satisfactoriamente, sin tratar de imponerlo, sino solo proporcionarles herramientas para que aumentaran el conocimiento y el nivel de autorresponsabilidad y de control sobre su enfermedad.
2. Dinámica de grupo: mediante la cual se realizó un intercambio cara a cara de ideas y de opciones entre los integrantes del grupo, que se estructuró a partir de una preocupación u objetivo común con respecto al problema que se deseó resolver o la decisión tomada. Su utilización permitió que el intercambio fuera algo más que una conversación al azar y que, por lo general, siguiera un plan determinado.
3. Técnicas participativas: se utilizaron para tratar de modificar, primero, su conocimiento sobre la temática tratada y a mediano y largo plazo, cambiar también actitudes y prácticas, mediante la elevación de la conciencia sobre su problema de salud individual y colectivo. Se practicaron las de presentación, animación y de análisis general.

Ya en la tercera etapa, se repitió la encuesta cognocitiva inicial, con el fin de evaluar ambos resultados, y la información se procesó de modo computarizado con el empleo del número y el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Solo 10 pacientes (25,0 %) obtuvieron evaluación adecuada en la variación cognocitiva global al iniciar la estrategia, mientras que al finalizarla, más de 90,0 % alcanzaron esta categoría (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes según variación cognocitiva global

Aspecto cognocitivo	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	25,0	36	90,0
Inadecuado	30	75,0	4	10,0
Total	40	100,0	40	100,0

En cuanto a los grupos etarios, predominó el de 30-59 años en ambos sexos, con 18 pacientes, para 45,0 % del total. Al interrelacionar la edad con la variación cognocitiva se halló que la totalidad de los menores de 60 años modificaron adecuadamente su aspecto cognocitivo, pero 10,0 % de las personas mayores de esta edad mantuvieron conocimientos inadecuados al finalizar la estrategia (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según grupos de edades y variación cognocitiva

Grupos etarios (años)	Aspecto cognocitivo							
	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 30	2	5,0	8	20,0	10	25,0		
De 30 a 59	8	20,0	10	25,0	18	45,0		
De 60 y más			12	30,0	8	20,0	4	10,0
Total	10	25,0	30	75,0	36	90,0	4	10,0

En cuanto al sexo (tabla 3), predominó el femenino, con 30 mujeres (75,0 %). Al relacionarlo con el aspecto cognocitivo, fue precisamente el sexo preponderante, el que varió más favorablemente sus conocimientos sobre el tema en cuestión.

Tabla 3. Pacientes según sexo y variación cognocitiva

Sexo	Aspecto cognocitivo							
	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	2	5,0	8	20,0	10	25,0		
Femenino	8	20,0	22	55,0	26	65,0	4	10,0
Total	10	25,0	30	75,0	36	90,0	4	10,0

Al evaluar la variación cognocitiva en relación con las diferentes temáticas estudiadas (tabla 4), se observó que el tema 1, relacionado con criterios conceptuales, diagnóstico y complicaciones, era el que mejor conocían los participantes al inicio de la estrategia, con 29, para 50,0 %, mientras que el tema 5 de los ejercicios físicos y las buenas prácticas dietéticas, fue el de mayor variación cognocitiva favorable, con 38, para 95,0 %.

Tabla 4. Variación cognocitiva por temática

Temáticas	Aspecto cognocitivo							
	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	20	50,0	20	50,0	26	65,0	14	35,0
2	12	30,0	28	70,0	34	85,0	6	15,0
3	10	25,0	30	75,0	38	95,0	2	5,0
4	2	5,0	38	95,0	32	80,0	8	20,0
5	2	5,0	38	95,0	38	95,0	2	5,0

DISCUSIÓN

El factor de riesgo más importante relacionado con la hipertensión arterial es la edad por encima de los 45 años,⁹⁻¹¹ mientras que el sexo masculino predomina como factor de riesgo no modificable en este caso.²⁻³

Con referencia a lo anterior, en el actual estudio fue evidente el predominio de las féminas, pero este resultado no concordó con la evaluación según el sexo realizada en otras publicaciones⁴⁻⁶ donde se analiza la epidemiología de la enfermedad. No obstante, en cuanto a la edad se correspondió con los resultados de los mencionados estudios, pero el hecho de que en esta serie fueran los hombres los que obtuvieran mayor variación cognocitiva favorable, pudiera ser una particularidad, aunque ambos sexos poseen los mismos derechos y oportunidades en la sociedad cubana.¹²

Existe el criterio de que las cifras de presión arterial, sobre todo de la sistólica, aumentan con la edad. Se ha comprobado que a excepción de algunas sociedades relativamente aisladas, la presión arterial promedio tiende a aumentar de manera progresiva a medida que el individuo envejece.²

Referente al sexo, se acepta que la prevalencia de la enfermedad es mayor en hombres que en mujeres. En los Estados Unidos de América, oscila entre 22,2 y 34 % para los primeros y entre 21,6 y 31 % en las féminas.

La relación sexo-HTA puede ser modificada por la edad, pero las mujeres de más de 60 años muestran niveles tensionales similares a los de los hombres, aunque antes de los 40 años están más protegidas que ellos contra las muertes por enfermedad coronaria. Se ha discutido esta causa y se ha encontrado relación con el efecto protector de los estrógenos, el menor conjunto de trabajo y la disminución de la resistencia total.³ Los datos obtenidos coincidieron en cuanto a sexo y edad con otros de una investigación realizada en la misma área de salud.¹²

Por otra parte, los hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol y cigarros, son desfavorables para el adecuado control de la enfermedad en los pacientes hipertensos. Por ello, la adquisición de un adecuado nivel de conocimiento sobre esta temática es notablemente beneficiosa. En relación con la ingestión de café se habla poco al respecto hoy día y no está del todo claro, aunque se conozca que altas concentraciones de cafeína elevan la tensión arterial.³

La dieta sana es de inestimable importancia para quienes padecen HTA, por la relación que guarda con el control de la obesidad y el sedentarismo.⁶ El hipertenso obeso tiene mayor gasto cardíaco y menor resistencia periférica, por lo que se incrementan progresivamente sus cifras tensionales.⁹

Un individuo de 70 kilos necesita aproximadamente 2 gramos diarios de sal, pero solo se le considera sensible a ella cuando la tensión arterial media aumenta 5 %, si presentan una sobrecarga salina; esta disminuye si se le produce una restricción salina, debido a que poseen una resistencia vascular periférica relativamente superior. En estos pacientes la sobrecarga de sodio afecta los niveles intracelulares de la homeostasis iónica e inhibe la bomba sodio-potasio-adenosintrifosfatasa, con el consecuente aumento del contenido intracelular de sodio.^{1,2,9}

Existe una relación directa entre el hábito de fumar y el alcoholismo con el aumento de las cifras de tensión arterial. El riesgo debido al hábito de fumar desciende igual al de los no fumadores, luego de 5 años de dejar el nocivo hábito,⁹ mientras que se puede confrontar el riesgo de HTA al ingerir reiteradamente 720 mL de cerveza, 300 mL de vino o 60 mL de ron.²

Se puede combatir el estrés al realizar ejercicios físicos y de relajación, pero no todos son favorables. La tensión emocional mantenida desencadena vasopresión con hipertensión por factores que van desde la personalidad, hasta el régimen socioeconómico en que vive, que se traducen en un aumento del tono simpático, de niveles de catecolamina, cortisol, hormona antidiurética y activación anormal del sistema renina-angiotensina-aldosterona.¹

Cabe añadir que entre las plantas medicinales hipotensoras más usadas en infusión se encuentran la albaca verde y morada, la lloviznita y caña santa o hierba de calentura.

Si lugar a dudas, la seriedad con que se aplicó la estrategia y el interés de los participantes, influyó favorablemente en la variación cognocitiva satisfactoria de la mayoría de estos y en que casi la totalidad mantuvieran controlada sus cifras tensionales e iniciaran prácticas favorables de su estilo de vida, por lo que sería provechoso continuar dicha estrategia hasta medir su impacto en la comunidad estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca Goderih R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
2. Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
3. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler ER, Fernández Naranjo A, Fernández Sacasas JA, Matarama Peñate M, et al. Propedéutica clínica y semiología médica. T 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
4. Fundación Mexicana para la Salud. Hipertensión arterial en el anciano. En: Informe de Desarrollo Humano 2005. Madrid: Editorial Mundi; 2006. p. 96.
5. Alfonzo Guerra JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 243-54.
6. Macías Castro I. La epidemiología de la hipertensión arterial. Acta Méd Hosp Clin Quir Hermanos Ameijeiras. 1997; 7(1): 15-24.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 2012. La Habana: MINSAP; 2013. p. 11.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica. Atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana: MINSAP; 2007.

9. Brown IJ, Elliott P, Robertson CE, Chan Q, Daviglius ML, Dyer AR, et al. Dietary starch intake yo individuals and their blood presure: the international study of macronutrients and micronutrients and blood pressure. *J Hypert.* 2009; 27(2): 231-6.
10. Dickinson KM, Keogh JB, Clifton PM. Effects of low-salt diet on flow-mediated dilation in humans. *Am J Clin Nutr.* 2009; 89(2): 485-90.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. Atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana: MINSAP; 2006.
12. Linares Despaigne MJ, Arrate Negret MM, Molina Hechavarría V, Linares Ibarra D, Sarmiento Romero N. Instrucción educativa sobre hipertensión arterial en el Policlínico Universitario Municipal de Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2010 [citado 17 Jun 2015]; 14(9).

Recibido: 27 de agosto de 2015.

Aprobado: 29 de junio de 2016.

Manuel de Jesús Linares Despaigne. Policlínico Docente Municipal, calle 6ta, s/n, reparto Municipal, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: manuel.linares@medired.scu.sld.cu