



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad de Medicina Familiar/ H No. 11 San Martín Texmelucan

“Grado de Conocimiento de la Hipertensión Arterial Sistémica en Pacientes Hipertensos en el Primer Nivel de Atención”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Antonio de Jesús Martínez Torres

Director

M.E. Dr. Mario Moyotl Aguilar

Asesor

M.C. Dra. Fabiola Méndez Valderrabano



H. Puebla de Z. 14 de diciembre 2023



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR/ H No. 11 SAN MARTIN
TEXMELUCAN PUEBLA.

TESIS

**“GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MEDICO FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ANTONIO DE JESÚS MARTÍNEZ TORRES.

DIRECTOR DE TESIS

M.C DRA FABIOLA MÉNDEZ VALDERRABANO

MARTÍNEZ TORRES A. 2023 GRAD DE CONOC DE LA HIPERT ART SIST EN PAC HIPER EN EL PRI
NIV DE ATENC

DIRECTOR DE TESIS

M.C FABIOLA MÉNDEZ VALDERRABANO

AGRADECIMIENTOS

- 1.- A mi familia por estar a mi lado y ser un gran pilar.**
- 2.- A mis docentes de la especialidad por su apoyo y enseñanzas.**
- 3.- A la directora de tesis por su apoyo a lo largo de la especialidad.**
- 4.- Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por el apoyo proporcionado.**

RESUMEN:

“GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Autores. Dra. Fabiola Méndez Valderrábanos CCEIS UMF/H No.11, Dr. Antonio de Jesús Martínez Torres R3MF UMF/H No.11

Antecedentes. La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad crónica degenerativa de mayor prevalencia en el mundo. En México afecta a 30.8% de la población entre 20 y 69 años, es de perfil multifactorial y su progreso puede ser favorecido por indicaciones inadecuadas o condiciones de vida. En México, tomar tratamiento farmacológico no avala tener un mayor control de la HTA, ya que sólo alrededor de la mitad de quienes lo toman, tienen cifras de TAS y TAD dentro de rangos normales.

Objetivos. Identificar el grado de conocimiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico. El estudio se llevó a cabo en la UMF/H No.11 del IMSS.

Con pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. El muestreo fue no probabilístico. Se utilizó una estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión como la media y variación estándar para distribuciones normales.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 357 participantes para el estudio, donde la edad mínima fue de 27 años y la máxima de 97 años, con una media de 60.6 años, de los cuales el 54.3% pertenecían al sexo femenino y el 45.7% al sexo masculino; dichas cifras son similares a las ya presentadas en nuestro país de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 donde demostró mayor prevalencia en el sexo femenino, así mismo se observó que el estado de Puebla se ha observado esta misma prevalencia con hasta un 18.3% del sexo femenino frente a un 11.9% del sexo masculino. Respecto al grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial sistémica con 58% (n=207) demostraron tener un grado alto de conocimiento, mientras que el 42% (n=150) tuvieron un grado medio de conocimiento de su enfermedad, ninguno con grado bajo de conocimiento.

Conclusión: Con datos obtenidos en esta investigación se concluye que la población adulta estudiada con análisis de que la hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla sí conoce sobre su patología, donde el 58% demostraron tener un grado alto de conocimiento con lo que se acepta la hipótesis de trabajo.

Palabras clave: Hipertensión Arterial Sistémica, estudio observacional, descriptivo, grado de conocimiento.

INDICE		
CAPITULO 1	ANTECEDENTES	1
1.1	ANTECEDENTES GENERALES	10
1.2	ANTCEDENTES ESPECÍFICOS	19
CAPITULO 2	MARCO METODOLÓGICO	26
2.1	JUSTIFICACIÓN	26
2.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
2.3	HIPOTESIS	27
2.4	OBJETIVOS	28
2.4.1	OBJETIVO GENERAL	28
2.4.2	OBJETIVO ESPECIFICOS	28
2.4	METODOLOGÍA	28
2.4.1	METODOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS	28
2.4.2	ANALISIS ESTADISTICOS	29
2.4.3	RECURSOS FINANCIEROS	29
CAPITULO 3	ANÁLISIS DE DATOS	30
3.1	RESULTADOS	30
3.2	DISCUSIÓN	34
3.3	CONCLUSIONES	36
3.4	PERSPECTIVAS	37
CAPITULO 4	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
4.1	BIBLIOGRAFIA	39
CAPITULO 5	ANEXOS	40
5.1	ASPECTOS ÉTICOS	41
5.2	DOCUMENTOS DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO	44
5.3	CONSENTIMIENTO INFORMADO	46
5.4	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
5.5	DEFINICIÓN DE VARIABLES	48
5.5.1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	48
5.5.2	DEFINICIÓN OPERACIONAL	48

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

NUMERO	TITULO	PAGINA
FIGURA 1	Técnica adecuada para la toma de la presión arterial	13
TABLA 1	Tabla de valores de la presión arterial	15
TABLA 2	Medidas de tendencia central de la edad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.	29
TABLA 3	Sexo de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.	29
TABLA 4	Variables sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.	30
TABLA 5	Ocupación de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.	30
TABLA 6	Escolaridad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.	31
TABLA 7	Conocimiento de los medicamentos que toman de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.	31
TABLA 8	Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial sistémica de los pacientes con dicho diagnóstico de la UMF 11 Puebla	32

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
IC	Insuficiencia cardiaca
AIT	Accidente isquémico transitorio
AVE	Accidente vascular encefálico
HTA	Hipertensión arterial
ACC/AHA	American College of Cardiology and American Heart Asociation
PAS	Presión arterial sistémica
PAD	Presión arterial sistólica
HAS	Hipertensión arterial sistémica
PA	Presión arterial
DM	Diabetes mellitus
HCOL	Hipercolesterolemia
CSH	Cuestionario Conocimientos de la Hipertensión Arterial
FRC	Factores de Riesgo y Comorbilidades
PA	Presión Arterial
LOD	Lesión de órgano diana
MmHg	Milímetros de mercurio

CAPITULO 1

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

La presión arterial en su historia empezó a manifestar con el abandono del concepto corazón como centro de las emociones y lo refieren como una bomba generadora de sangre. La investigación científica de que existe un líquido que llamamos sangre y que este circula por arterias se debe a Galeno en el siglo ⁽¹⁾.

El afirmación y medida de la presión arterial lo inicio el reverendo Stephen Hales en el año 1677-1761. A principios del siglo XIX Jean Marie Poiseuille (1799-1869), conocido por sus estudios del flujo de fluidos introdujo la unidad de medida de presión arterial en milímetros de mercurio ⁽¹⁾.

La auscultación se debió al cirujano militar ruso Nikolai Korotkoff (1874-1920) que tuvo la idea de emplear la campana de un estetoscopio sobre la arteria humeral en el pliegue del codo y escuchar cuando aparecía el primer ruido que pertenecía a la presión sistólica ⁽¹⁾.

La hipertensión arterial es un estado que involucra un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y con78lleva a la disminución de la función de diferentes órganos en la cual la presión arterial está continuamente elevada por encima de valores considerados óptimos o normales. La hipertensión comúnmente está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardiaca (IC crónica, accidente vascular encefálico(AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica ⁽²⁾.

The American College of Cardiology y la American Heart Asociation ha transformado los criterios diagnósticos de la HTA tras la publicación del estudio SPRINT, rebajando el punto de corte el diagnostico a 130/80 mmHg, introduciendo innovaciones en el tratamiento farmacologico. Esta propuesta no ha sido aceptada por las sociedades europeas cardiovasculares ⁽³⁾.

Al momento de ser aplicados los nuevos criterios de la ACC/AHA supone un gran cambio en las políticas de la salud pública, siendo considerada la mitad de la población en países europeos como España y a la población a nivel mundial, aumentando la población tratada farmacológicamente y con ello generando riesgos de efectos adversos y además del impacto psicológico y el sobre gasto sanitario ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud establece a la Hipertensión Arterial Sistémica como una condición médica, caracterizada por el aumento permanente de los valores de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg o el nivel de presión arterial sistólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg ⁽³⁾.

La Organización Panamericana de la Salud establece que es el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular, cada año ocurren alrededor 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas ⁽³⁾.

En el mundo se conoce que existen más de mil millones de personas con hipertensión arterial, en México; se habla de 30 millones y el Instituto Mexicano del Seguro Social se atienden 6 millones de personas que acuden periódicamente a la consulta externa de Medicina Familiar ⁽⁴⁾.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un padecimiento crónico degenerativo de mayor prevalencia en el mundo, en México afecta a 30,8% de la población entre 20 y 69 años, es de carácter multifactorial y su evolución puede ser favorecida por conductas inadecuadas o estilo de vida ⁽⁴⁾.

En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud 2018, menciona que la prevalencia reportada de Hipertensión Arterial es 31,5% y con obesidad se aumenta 42.3% y con diabetes 65.5%. Teniendo mayor prevalencia en el género femenino 20.9% y en el género masculino de 15.3%. Las entidades con mayor porcentaje son Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila ⁽⁴⁾.

En el estado de Puebla por diagnóstico médico en la población de 20 años y más fue de 15.4 donde el 18.3% en mujeres y 11.9% en hombres, observándose diagnóstico a partir de los 40 años. Como se sabe para establecer el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, se instaure con valores de tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg y tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg, al menos en mediciones tomadas adecuadamente en dos o más visitas médicas. La etiología se considera del resultado de numerosos factores genéticos y ambientales que se combinan para provocar efectos en el sistema cardiovascular y en la estructura renal ⁽⁵⁾.

El periodo de tiempo requerido para la evaluación inicial de un paciente hipertenso es de por lo menos 30 minutos. Los objetivos se dirigen, a confirmar la existencia de cifras elevadas de presión arterial, y determinar el grado de hipertensión; así como la existencia de daño de órgano blanco, evaluar la presencia de comorbilidades, identificar tratamientos previamente recibidos o en uso actual, cuantificar el riesgo global incluyendo sus componentes sociales, diagnosticar o descartar posibles causas de hipertensión secundaria. Debe registrarse información acerca de la edad, sexo y raza ⁽⁶⁾.

Se realizará una historia clínica y un examen físico completo, y si esta clínicamente indicado se ordenaran pruebas complementarias en busca de daño a órganos diana, para identificar factores de riesgo cardiovascular, y la segunda consulta después del diagnóstico debe programarse dentro de un mes ⁽⁶⁾.

Las mediciones de la presión arterial deben ser cumplidas de acuerdo con las recomendaciones de la American Heart Association, en dos posiciones diferentes (sentado y de pie), para poder descartar una posible hipotensión ortostática (disminución de más de 20 mmHg en la sistólica y/o 10 mmHg en la diastólica), con mayor frecuencia en pacientes mayores. Cuando los valores de PAS y PAD corresponden a grados diferentes, se utiliza el grado mayor para definir la hipertensión de ese paciente ⁽⁷⁾.

1. Sentar al paciente relajado, tranquilo y en un ambiente adecuado.
2. Se debe realizar la toma en ambos brazos.
3. Con su brazo extendido y apoyado, en línea en medio del esternón.
4. Se envuelve el brazalete en el brazo y se coloca el manómetro. Debe colocarse el brazalete hasta la marca del rango de la circunferencia permitida, estas marcas deben ser vistas al inicio o al empezar a enrollar el brazalete.
5. Detectar el pulso humeral en la fosa antecubital del brazo e inflar rápidamente el brazalete a 20mmHg, por encima del punto donde el pulso humeral desaparece.
6. Desinflar el brazalete y anotar la presión a la cual el pulso reaparece: aproximándose la presión sistólica.

7. Re inflar el brazalete a 20mmHg. Por encima de donde desapareció el pulso humeral. Usando una mano, el estetoscopio será colgado sobre la piel en el lugar de la arteria humeral, evitar colocarlo entre la piel y el brazalete.
8. Desinflar lentamente el brazalete a 2-3mmHg por segundo, escuchando los sonidos de Korotkoff.

Fase I.- El primer sonido es un pulso leve y repetido que incrementa de intensidad y duración hasta dos latidos de menor intensidad consecutivos: marcando la presión sistólica ⁽⁷⁾.

Fase II.- Por un breve periodo se puede seguir escuchando los sonidos débiles, auscultación gap: y en algunos pacientes los sonidos pueden desvanecerse en su totalidad.

Fase III.- El retorno de los sonidos nítidos empezarán a ser claros en un corto tiempo.

Fase IV.- Los distintos sonidos desaparecen abruptamente iniciando un suave soplo ⁽⁷⁾.

Fase V.- En el registro los sonidos desaparecen en su totalidad, marcando la presión diastólica, con ello los sonidos desaparecen rápidamente, se desinfla el brazalete y se debe repetir la medición de la presión en ambos brazos.



Adaptation de ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.2018. (FIGURA 1)

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Riesgo bajo: Paciente hipertenso sin otros FRC adicionales y PA grado 1, paciente pre-hipertenso con 1 o 2 factores de riesgo adicionales.

Riesgo moderado: Paciente hipertenso sin otros FRC adicionales y PA grado 2, paciente con 1 o 2 FRC y PA grado 1 o 2, paciente pre-hipertenso con 3 o más FRC o con LOD o diabético.

Riesgo alto: Paciente sin otros FRC y PA grado 3, paciente con 1 o 2 FRC y PA grado 3, y paciente con 3 o más FRC o con LOD o diabetes, y cualquier grado de PA5 (7).

	PRESION NORMAL O LIMITROFE	HIPERTESION ARTERIAL GRADO 1	HIPERTESION ARTERIAL GRADO 2	HIPERTESION ARTERIAL GRADO 3
VALORES NORMALES	≥130/85 a ≤140/90 mmHg	≥140/90 a <160/100 mmHg	≥160/100 a <180/110 mmHg	≥180/110 mmHg
SIN FACTORES DE RIESGO		Monoterapia	Terapia dual	Terapia triple
>- 1 o 2 FR	Sin terapia farmacologica	Terapia dual	Terapia dual	Terapia triple
>- 3 FR	Monoterapia	Terapia dual	Terapia dual	Terapia triple
DOBA	Terapia dual	Terapia dual O triple	Terapia dual O triple	Terapia triple
EVC O RENAL ESTABLECIDA POR DM	Terapia dual	Terapia dual O triple	Terapia dual O triple	Terapia triple

Adaptación de ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.2018.

(TABLA 1)

TRATAMIENTO

Se sugiere consumir una ingesta diaria de 5 a 6 gramos de sal en la población general, de igual manera se recomienda el consumo moderado de alcohol, no mayor a 20-30 g de etanol/día en hombres y no mayor 10-20 g. de etanol/día en mujeres⁽⁷⁾.

El tratamiento médico debe iniciar con diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueador de los receptores de la angiotensina. Los diuréticos tiazídicos (especialmente clortalidona) y los bloqueadores de los canales de calcio son los candidatos preferidos para el tratamiento de primera línea. Para los pacientes con hipertensión en estadio II se recomienda el inicio de dos antihipertensivos con diferente mecanismo de acción, cuando el promedio de presión arterial sistólica y diastólica es superior a 20 y 10 mmHg por encima del objetivo respectivamente ⁽⁷⁾.

Las recomendaciones del tratamiento no farmacológico deben modificar el estilo de vida, los cambios en la dieta y la actividad física, así como la pérdida de peso ⁽⁷⁾.

El uso de la dieta DASH implementa el consumo de vegetales, frutos, granos enteros y que incluye alimentos bajos en grasas saturadas, grasas total y colesterol, pescados, legumbres, aceites vegetales, nueces, limitando la ingesta de dulces, bebidas azucaradas y carnes rojas, rica en proteínas y fibra, así como magnesio, potasio y calcio ⁽⁷⁾.

Dentro del tratamiento farmacológico se debe iniciar con la monoterapia que debe intentarse solo en pacientes con HAS leve y de bajo riesgo o en casos especiales como adulto mayor y frágil, paciente hipersensible a terapia dual o en embarazadas⁽⁷⁾.

El límite en general es < 130/80 mmHg, pero no menos de 110/70 mmHg. Siempre se debe tomar en cuenta la tasa calculada de filtración glomerular para indicar el diurético adecuado. En pacientes con esquema triple sino se logra el control de la presión arterial, se debe agregar espironolactona, previa a toma de análisis de función renal y/o riesgo de hipercalcemia ⁽⁷⁾. La principal causa de Hipertensión Arterial Sistémica resistente es la pseudoresistencia que se debe básicamente a la falta de apego en la toma de los medicamentos, así como en el tratamiento no farmacológico ⁽⁸⁾.

COMPLICACIONES

CARDIOVASCULARES

La hipertensión arterial sistémica ocasiona hipertrofia e hiperplasia de las células lisas y origina el engrandecimiento del tejido colágeno y elastina.

Generando un crecimiento en el grosor de la pared arterial con una disminución de la distensibilidad y de la luz de la arteria, afectando a nivel endotelial. Estos cambios en la pared producen ocasionar aneurisma de aorta y la disección de la misma; así como enfermedad arterial periférica ⁽⁸⁾.

La hipertensión arterial representa un aumento de la poscarga cardiaca. La hipertrofia de la pared ventricular incrementa las demandas miocárdicas de oxígeno, lo que en conjunto acrecienta la incidencia de lesiones coronarias favorecen que la hipertensión arterial puede provocar isquémica miocárdica ⁽⁸⁾.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

La hipertensión arterial sistémica ocasiona síntomas inespecíficos como cefaleas occipitales matutinas, inestabilidad, vértigo, acufenos, alteraciones visuales (síntoma de hipertensión maligna) sincope ⁽⁸⁾.

Además, los accidentes cerebro vasculares de tipo hemorrágico por el desarrollo de aneurismas o isquémicos por aterotrombosis o ateroembolia y la encefalopatía hipertensiva ⁽⁸⁾.

La encefalopatía hipertensiva reside en deterioro del nivel de conciencia, convulsiones, edema de papila e hipertensión intracraneal ⁽⁸⁾.

OFTALMOLÓGICO

La hipertensión arterial sistémica origina en los vasos retinianos, con un desarrollo agudo por el aumento de la presión, debido a la vasoconstricción generada, exudados y hemorragias ⁽⁸⁾.

RENAL

La hipertensión arterial sistémica ocasiona nefroangioesclerosis por arteriosclerosis en las arteriolas aferentes y eferentes y de los glomérulos, y producen alteraciones funcionales, con depreciación de filtración glomerular con insuficiencia renal, proteinuria, hematuria o disfunción tubular ⁽⁸⁾.

EL CONOCIMIENTO

El conocimiento involucra una relación representativa entre el sujeto que conoce y un objeto que es conocido. El sujeto es aquella persona que tenga la capacidad de advertir experiencias internas o fenómenos externos a sí misma. El objeto es la totalidad de las cosas que no nos damos cuenta. El conocimiento brota de la racionalidad humana, que se especifica como la capacidad de obtener conocimiento concreto y abstracto, organizarlo y utilizarlo de una manera apropiada en la resolución de problemas teóricos o prácticos ⁽⁹⁾.

Los órganos del conocimiento son los sentidos y la razón, donde los sentidos son las facultades que hacen viable la percepción de los objetos.

La razón es la facultad que hace viable la solución de problemas complejos de adaptación al medio y a la creación de símbolos para conocer de forma universal y abstracta los objetos de la realidad ⁽⁹⁾.

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

De acuerdo con el Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018-2024, en los procesos de Salud Enfermedad en concerniente a la Atención Integral de la Enfermedad Hipertensiva nuestro estudio impactaría directamente en el indicador EH 04 el cual mide el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control de Hipertensión Arterial en Medicina Familiar ⁽¹⁰⁾.

La hipertensión arterial aumenta el riesgo de una diversidad de enfermedades cardiovasculares, incluyendo accidente cerebrovascular, enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, y enfermedad vascular periférica ⁽¹⁰⁾.

Dentro de la metodología empleada se ocupará la herramienta más utilizada para el incumplimiento farmacoterapéutico que constituye un problema asistencial que puede inquietar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos, por lo que se sugiere el uso del Test de Morisky. Green⁽¹⁰⁾.

En la ciudad de México se realizó un artículo prospectivo efectuado de julio a diciembre de 2018, en el que se empleó una encuesta que incluyo preguntas sobre el conocimiento de la hipertensión arterial sistémica, prevención, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y toma de presión. Se destaca la prevalencia en función de los grupos de edad, el sexo, la situación socioeconómica y otros factores influyentes, observándose en conjunto una mayor prevalencia entre los individuos de más edad (especialmente a partir de los 60 años y una mayor prevalencia entre las mujeres a partir de los 40 años ⁽¹¹⁾.

Se encuestaron 121 personas de género masculino, el 56% del grupo de edad de 60 a 75 años se conocía hipertenso y fue el grupo con la mayor tasa de autoconocimiento de la enfermedad. El 67% del grupo de 75 años o más no poseía un conocimiento adecuado sobre de la hipertensión, lo que revelo un alto índice de personas ancianas que no conocen la enfermedad en sí. Asimismo, del grupo de 45 a 60 años, con el 80% de los encuestados sí conocían esta enfermedad. Del grupo de 75 años o más, el 100% se había tomado la presión en el último año, a pesar de la desinformación que existe en el mismo grupo en cuanto a la hipertensión. El grupo

en el que el mayor número de personas (34%) no se había tomado la presión en el último año fue el de 30 a 45 años ⁽¹¹⁾.

Una gran cantidad de personas en nuestro país omiten los principales síntomas de la enfermedad, que en un inicio pueden ser completamente insignificantes para las personas que los manifiestan, pero el principal problema es no saber detectarlos o simplemente mostrarse indiferentes ante ellos. El bajo apego de los pacientes hipertensos al tratamiento farmacológico establece una grave preocupación para el sistema de salud, porque la desinformación y la incorrecta educación en su padecimiento se llega a tener consecuencias que podrían ser evitadas ⁽¹¹⁾.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, hace falta comprensión de la enfermedad en la población, y con ello prevenirse de manera correcta y se puedan disminuir sus factores de riesgo porque se encontraron personas con presión arterial alta desde los 30 hasta los 75 años. La encuesta proyectó un gran porcentaje de personas de todas las edades, que no revisaban su presión arterial de manera continua, haciendo aún más difícil el diagnóstico de la enfermedad ⁽¹¹⁾.

En México, la tasa de estas complicaciones es alta, pues son frecuentes los casos de crisis hipertensivas, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía. Las encuestas nacionales han encontrado que tan sólo 24% de los pacientes con hipertensión arterial están controlados, pero no es un problema exclusivo de México, pues también otros países lo han reportado; en Estados Unidos está documentado que el índice de pacientes hipertensos controlados es de 30 a 50% ⁽¹¹⁾.

En la facultad de medicina de Barcelona en España se llevó a cabo estudio multicéntrico descriptivo transversal, realizado en centros de atención primaria y especializada de España. Donde participaron 980 pacientes hipertensos, mayores de 18 años, con tratamiento farmacológico, donde el resultado fue que el 50% mujeres, edad media 65 años ⁽¹²⁾.

El 46% con más de 10 años del diagnóstico de hipertensión. Donde el 56.6% por ciento de los pacientes por olvido es la causa inicial. Al analizar los conocimientos sobre la hipertensión el 41,7% relataban los pacientes que nadie les había

informado, el 35,8% no imaginaban que la hipertensión fuera para toda la vida y solo el 42,3% conocían los objetivos de presión arterial ⁽¹²⁾.

En relación con la medicación, solo el 41,4% conocían que era para toda la vida. También se observó que hay diferencias estadísticamente significativas entre nivel de conocimientos y nivel de estudios ⁽¹²⁾.

Un artículo relacionado con el grado de conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial y su relación sobre el control de la enfermedad, fue un estudio descriptivo transversal con 400 hipertensos, mayores de edad, escogidos de forma sistemática consecutiva de 50 consultas de atención primaria, que respondieron una encuesta sobre HTA ⁽¹³⁾.

Las variables recogidas fueron los ítems de la encuesta, edad, sexo, nivel educacional, ocupación, cifras de presión arterial y tratamiento antihipertensivo, donde fueron válidas 323 encuestas. El 52,9% fueron mujeres, edad media de 65,4 años. El 54,8% contaban con estudios primarios. El 39,6% conocían los objetivos de control de PA sistólica, y solo el 19,6% los de PA diastólica, sin diferencias entre controlados y no controlados. Más del 70% conocían las modificaciones del estilo de vida, sin diferencias entre controlados y no controlados⁽¹³⁾.

El 82% de los controlados y el 79% de los no controlados reconocieron la cronicidad del tratamiento, pero el 15,1% de los controlados y el 12,4% de los no controlados no lo relacionaban con el control de la HTA. El 31,1% opinaban estar bien controlados, aunque no lo estaban ⁽¹³⁾.

En el Centro de Diagnóstico de San José La Sierrita, municipio Mara, estado Zulia, en Venezuela, se realizó un estudio transversal en pacientes atendidos entre enero y julio de 2013 grupo conformado por 202 pacientes hipertensos y la muestra por 146 pacientes, en donde se le administró un cuestionario anónimo sobre los conocimientos que el hipertenso debe reconocer sobre su enfermedad. Obteniendo como resultado un predominio de pacientes mayores de 65 años para el 32,19 %. De los pacientes estudiados, el 52,74 % fueron del sexo femenino. El 55,47 % conocían qué era la hipertensión, sin embargo, el 51,36 % reflejaron conocimientos regulares sobre la evolución crónica de la enfermedad ⁽¹⁴⁾.

El 67,80 % de los pacientes se mostró como factor predisponente los antecedentes familiares de hipertensión, además se distingue la obesidad con 112 pacientes (76,71 %), el sedentarismo con 105 pacientes (71,91 %) y el tabaquismo con 88 pacientes (60,27 %). El 58,22 % cumplió con el tratamiento. La mayoría de los pacientes se identificaron entre las medidas de control de la hipertensión, en el cual el control del peso, se obtuvo el (76,71 %), la práctica de ejercicios físicos (71,91%) la eliminación de hábitos tóxicos (60,27 %) y la eliminación de situaciones de estrés (51,37 %) ⁽¹⁴⁾.

En Lima, Perú y dentro del conocimiento sobre la hipertensión arterial podría favorecer la adherencia al tratamiento para un mejor control de la presión arterial. Se evaluó si existe una relación entre conocimientos sobre hipertensión y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ⁽¹⁵⁾.

Se efectuó un estudio transversal analítico donde el muestreo por utilidad incluyó 340 pacientes hipertensos de consultorios de cardiología en el periodo mayo-agosto de 2015, donde la variable principal de exposición fue grado de conocimiento sobre hipertensión medida con el interrogatorio de conocimientos sobre la hipertensión (CSH) y la variable respuesta fue grado de adherencia al tratamiento regida con el cuestionario Martin-Bayarre-Grau ⁽¹⁵⁾.

Se encontró asociación entre bajo conocimiento de hipertensión y adherencia parcial al tratamiento teniendo como ejemplo a pacientes con más de 10 años de hipertensión y pacientes de no haber recibido información sobre hipertensión alguna y tiempo de consulta mayor a 15 minutos ⁽¹⁵⁾.

Teniendo como conclusión que los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen más probabilidad de tener adherencia parcial al tratamiento farmacológico, así como las modificaciones pertinentes al estilo de vida ⁽¹⁵⁾.

Otro estudio realizado en Perú se menciona un artículo de tipo descriptivo simple, con la intención de establecer el nivel de conocimiento de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas que acuden al Centro salud Corrales. Tumbes desde octubre hasta febrero de 2007. La muestra la conformaron 48 personas adultas entre 35 a 65 años catalogados según la ocupación y así

obtuvieron: agricultores, obreros, y amas de casa a quienes se les solicitó contestaran un cuestionario que contenía las variables independientes: factores de riesgo cardiovascular y conocimientos sobre hipertensión arterial. Estableciendo que el conocimiento es bajo en el 45.8 % de la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, además el 35 % de las personas presento un conocimiento donde la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, el 62.8 % del pacientes fueron del sexo masculino; con predominio de edad entre los 60 a 65 años, entre los hábitos nocivos son el consumo de cigarrillo con 25 % y alcohol con 29 % el riesgo es al menos el doble, en igualdad con los no fumadores se obtuvo que son causas más comunes en las enfermedades cardiacas y con ello la presencia de enfermedad hipertensiva ⁽¹⁶⁾.

En Cuba se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar a los trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo, por profesión y conocimientos sobre hipertensión arterial, en el período de enero a febrero de 2012 ⁽¹⁷⁾.

El grupo estaba conformado por 526 trabajadores, se seleccionó una muestra de 158 por muestreo aleatorio simple. Las variables investigadas fueron: profesión, criterios de hipertensión por cifras tensionales, frecuencia mínima de chequeo de presión arterial, características de la dieta en pacientes de riesgo y factores de riesgo de hipertensión arterial ⁽¹⁷⁾.

Los médicos y licenciados en enfermería fueron las profesiones más representativas. Los criterios de hipertensión arterial por cifras tensionales, la periodicidad del chequeo hipertensivo y de los factores de riesgo fueron variables, en los que se mostraron conocimientos en el mayor porcentaje de la muestra ⁽¹⁷⁾.

También es importante reconocer la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular y su grado de conocimiento dentro del entorno de la hipertensión arterial y tras la validación diagnóstica con el criterio clínico. Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, transversal ⁽¹⁷⁾.

En otro estudio poblacional elaborado en el área de salud número 20 de la Comunidad Valenciana (Comarca de la Vega Baja del Río Segura). Los pacientes contaban con un promedio ≥ 20 años residentes en dicha área, con una participación de 2.550 personas, donde se realizaron la confirmación clínica de los

374 casos detectados de hipertensión arterial (HTA), de los cuales 126 de hipercolesterolemia (HCOL) y los cuales 33 casos con diabetes mellitus (DM). En el cual se dio a conocer que dicho personal del área de la salud desconocía el su conocimiento sobre su enfermedad y factores que lo condicionaron y los factores prevenibles del riesgo cardiovascular. Se realizó una entrevista a los pacientes mostrados para las tomas de presión arterial a los hipertensos y para practicar la extracción sanguínea a hipercolesterolémicos y diabéticos ⁽¹⁸⁾.

En conclusión, se detectó elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. El grado de control y conocimiento es insuficiente y la relación de la hipertensión y el grado de riesgo cardiovascular son principales afectaciones para cardiopatía isquémica que reflejan que cerca del 75% de la población debe ser intervenida ⁽¹⁸⁾.

Citando un gran artículo señala que sólo un 20 % de los pacientes hipertensos tienen la presión arterial controlada dentro de los límites encomendados en las guías clínicas de las sociedades científicas; por esto es importante que la población hipertensa tenga conciencia de que es un asunto potencialmente grave, que si está bien controlada puede desarrollar una mejor calidad y cantidad en sus perspectivas de vida. Donde el objetivo fue establecer el nivel de conocimientos de la hipertensión y el riesgo cardiovascular que tienen los pacientes hipertensos afiliados en un Servicio de Medicina Interna, se realizó un estudio descriptivo, transversal, en una muestra de 54 pacientes (46% mujeres) con una edad media de 72 años, todos ellos hipertensos bajo tratamiento farmacológico afiliados en un Servicio de Medicina Interna por un proceso agudo. Se les planteó colaborar de forma voluntaria en el estudio contestando a una encuesta con 30 preguntas elaboradas ⁽¹⁹⁾.

Proyectando un resultado donde el 39% afirma no saber lo que es la hipertensión, el 70% dice que nadie se lo ha explicado y sólo un 39% supone que la hipertensión arterial es proceso para toda la vida. El 65% considera que las cifras de presión se encuentran elevadas a partir de 160/95 mmHg ⁽¹⁹⁾.

Por lo que respecta los factores de riesgo incorporados en la hipertensión arterial o con la enfermedad cardiovascular, un 74% no es capacitado para enumerar ninguno. Además, en la medicación un 61% dice que es para toda la vida y el 28% que se puede dejar cuando la presión se regularice ⁽¹⁹⁾.

Concluyendo que el conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial y el riesgo asociado sigue siendo bajo.

En 2005 Estrada y Cols. realizaron un artículo descriptivo, transversal, de una muestra de 54 pacientes (46 % mujeres) con una edad media de 72 años; todos ellos hipertensos y bajo tratamiento farmacológico fueron ingresados en un Servicio de Medicina Interna por un proceso agudo. Se les propuso colaborar de forma voluntaria en el estudio contestando a una encuesta con 30 preguntas elaboradas para este motivo ⁽²⁰⁾.

Se determinó que la hipertensión arterial (HTA) es padecimiento crónico y asintomático que requiere un tratamiento de por vida, así mismo; varios estudios demuestran que los pacientes no perciben o entienden la enfermedad y su medicación, asimismo; de su gravedad y es por ello que se debe visualizar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con HTA en la consulta externa de medicina familiar, y en donde se realizó un estudio observacional de 70 pacientes hipertensos atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, del consultorio de medicina familiar N° 36, donde se logró obtener las variables demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal), conocimiento de la enfermedad y adherencia al tratamiento ⁽²¹⁾.

Cuestionario Conocimientos de la Hipertensión Arterial (CSH)

En 2013 fue aprobado el cuestionario de la hipertensión arterial, para la fiabilidad del instrumento se llevó a cabo un estudio multicéntrico, cuasi experimental, de antes-después, que se fundamentó en la aplicación y evaluación de una intervención educativa a 60 pacientes hipertensos atendidos en centros de atención primaria y centros de atención especializada en HTA. Todos ellos mayores de 18 años y con tratamiento farmacológico. Se excluyó a los menores de 18 años, y a los pacientes con alteraciones neurológicas que les impedían contestar el cuestionario, a los que no sabían leer ni escribir, a los que no poseían un tratamiento farmacológico y a los que no querían participar en el estudio ⁽²²⁾.

El estudio consta de 28 ítems, la cual valora el conocimiento sobre: hipertensión arterial sistémica, riesgos de la hipertensión, factores de riesgos asociados a la

hipertensión, dieta, medicación, transformaciones en los estilos de vida, conocimiento de la enfermedad, ambiente laboral actual y trabajo actual. La estabilidad interna del cuestionario fue elaborada a través del coeficiente alfa de Cronbach, observando que todos los ítems están entre unos valores de 0,779 y 0,816 y, de acuerdo con la bibliografía examinada, estos valores tienen una buena aceptabilidad del instrumento ⁽²²⁾.

La prueba de McNemar utilizada para la sensibilidad al cambio que ha confirmado tras la mediación educativa los cambios significativos ($p < 0,05$) en cada uno de los ítems. No obstante, lo que no sabemos es si estos cambios permanezcan en el tiempo ⁽²²⁾.

CAPITULO 2

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. JUSTIFICACIÓN.

La hipertensión Arterial Sistémica es una enfermedad crónica la cual si no es adecuadamente controlada ocasiona serías complicaciones, sin embargo, en muchas ocasiones el paciente no tiene consciencia de esto por lo que no tiene un adecuado apego al tratamiento.

Actualmente en la UMF/H No11 se cuenta con 4855 derecho habientes que viven con HAS, sin embargo, aún no se logra el control óptimo de las cifras tensionales del paciente; Si bien es cierto el control no solamente se alcanza con la ingesta de antihipertensivos, sino también con cambios pertinentes en el estilo de vida, por lo que se considera que la falta de conocimiento del paciente hacia su enfermedad contribuye al pobre apego al tratamiento tanto farmacológico como el no farmacológico.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La educación en temas de enfermedades crónicas queda limitado al personal del área de la salud, sin embargo, es fundamental hacer partícipe a las personas que padecen de enfermedades como Hipertensión Arterial, ya que la falta de conocimiento de su enfermedad deriva en mal control que conllevan a complicaciones prematuras de la propia patología. En la UMF/H No.11 no se conoce el grado de conocimiento de la hipertensión en la población derechohabiente portadora de Hipertensión Arterial sistémica.

Por lo que nos lleva a realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de conocimiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención?

2.3 HIPOTESIS

H0: El grado de conocimiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención es alto.

H1: El grado de conocimiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención es bajo.

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO GENERAL

Se identificó el grado de conocimiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención.

2.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Se identificó las características sociodemográficas de los participantes.
2. Se identificó el tiempo de diagnóstico de la HAS.
3. Se identificó el antihipertensivo que ingiere.
4. Se identificó el esquema de tratamiento antihipertensivo

2.4. METODOLOGÍA

El estudio de investigación fue: observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. La recolección de datos se llevó a cabo en la UMF/H No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social situada en la comunidad de San Martín Texmelucan Puebla, a partir de la autorización de este por parte del CLIS.

Los pacientes que acudían a las instalaciones de la unidad a consulta mensual por Hipertensión Arterial Sistémica

2.4.1. MÉTODOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Con previo registro y autorización por parte del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina y Comité local de investigación del IMSS, la metodología será la siguiente:

1. Se identificó la población en estudio en la consulta externa de la UMF/H No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la comunidad de San Martín Texmelucan Puebla, considerando los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se les explico brevemente sobre en qué consiste el protocolo y se les invito a participar en el estudio.
3. La población que estuviera de acuerdo en participar y acepte, firmarán consentimiento informado.
4. Se procedió al llenado de la hoja de recolección de datos y se aplicarán los instrumentos: Test de Morisky-Green-Levine.

32. Se recolectaron los datos y se vaciaron en una hoja de Excel donde se interpretaron los resultados en SPSS.
33. Se analizaron los resultados.
34. Se difundieron los resultados

2.4.2. ANALISIS ESTADISTICO.

Se creó una base de datos en el programa estadístico IBM SPSS Base 22.0 para Windows, con el uso de la estadística descriptiva las medidas de tendencia central y dispersión como la media y variación estándar para distribuciones normales.

De los 357 cuestionarios que se han aplicado hasta el momento 194 cuestionarios son mujeres y 163 cuestionarios son hombres.

Dentro de la comparación de los datos Chi-cuadrada para variables categóricas y t de Student o U de Mann- Whitney para variables continuas

2.4.3. RECURSOS FINANCIEROS.

Fueron otorgados por el IMSS y el investigador responsable.

3. CAPÍTULO

3. ANÁLISIS DE DATOS.

3.1. RESULTADOS

Variables sociodemográficas.

1. Edad.

Se obtuvo una muestra de 357 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial Sistémica, con un rango de edad mínimo de 27 años y una edad máxima de 97 años con una media de 60.65 años y desviación estándar de +/- 13.18(Tabla 2).

Tabla 2. Medidas de tendencia central de la edad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.					
	n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. est. +/-
Edad	357	27 años	97 años	60.65	13.18
Fuente: Ficha de identificación 2022 para pacientes con hipertensión arterial sistémica y paquete estadístico SPSS 2022.					

2. Sexo.

En cuanto al sexo de los pacientes se identificó que el 54.3% (n=194) pertenecían al sexo femenino y el 45.7% (n=163) al sexo masculino (Tabla 3).

Tabla 3. Sexo de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	194	54.3%
Masculino	163	45.7%
Fuente: Ficha de identificación 2022 para pacientes con hipertensión arterial sistémica y paquete estadístico SPSS 2022.		

3. Estado civil.

En lo que se refiere al estado civil de los pacientes de este estudio se identificó que el 73.4% (n=262) eran casados, el 12.3% (n=44) eran viudos, el 9.5% (n=34) solteros, el 2.5% (n=9) se habían separado y el 2.2% (n=8) se encontraban en unión libre (Tabla 4).

Tabla 4. Estado civil de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	262	73.4
Soltero	34	9.5
Unión libre	8	2.2
Viudo	44	12.3
Separado	9	2.5

Fuente: Ficha de identificación 2022 para pacientes con hipertensión arterial sistémica y paquete estadístico SPSS 2022.

4. Ocupación.

Representada en mayor porcentaje con el 51.8% (n=185) por quienes se dedican a las labores del hogar, el 22.4% (n=80) empleados, el 21.3% (n=76) eran jubilados, el 4.2% (n=15) se encontraban sin empleo, mientras que el 0.3% (n=1) era estudiante(Tabla 5).

Tabla 5. Ocupación de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.

	Frecuencia	Porcentaje
Labores del hogar	185	51.8 %
Estudiante	1	.3 %
Empleado	80	22.4 %
Jubilado	76	21.3 %
Sin empleo	15	4.2 %

Fuente: Ficha de identificación 2022 para pacientes con hipertensión arterial sistémica y paquete estadístico SPSS 2022.

5. Escolaridad.

Se identificó que el 27.7% (n=99) solo tienen estudios hasta primaria, el 23% (n=82) estudió hasta la secundaria, el 14% (n=50) estudiaron hasta la preparatoria, el 8.7% (n=31) estudiaron una licenciatura, el 3.4% (n=12) tiene estudios de posgrado, el 7.8% (n=28) solo saben leer y escribir y el 15.4% (n=55) no tienen estudios (Tabla

Tabla 6. Escolaridad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	55	15.4
Primaria	99	27.7
Secundaria	82	23.0
Preparatoria	50	14.0
Licenciatura	31	8.7
Posgrado	12	3.4
Sabe leer y escribir	28	7.8

Fuente: Ficha de identificación 2022 para pacientes con hipertensión arterial sistémica y paquete estadístico SPSS 2022.

6. ¿Conoce los medicamentos que toma?

Dentro de las variables estudiadas se determinó si los pacientes conocían los medicamentos que toma, de los cuales el 75.1% (n=268) sí los conoce y el 24.9% (n=89) no los conoce (Tabla 7).

Tabla 7. Conocimiento de los medicamentos que toman de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	268	75.1
No	89	24.9

Fuente: Ficha de identificación 2022 para pacientes con hipertensión arterial sistémica y paquete estadístico SPSS 2022.

7. Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial sistémica.

El grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial sistémica, corresponde al 58% (n=207) obtuvieron un grado alto de conocimiento mientras que el 42% (n=150) tuvieron un grado medio de conocimiento de su enfermedad. Asimismo, en el bajo grado de conocimiento se obtuvo 0% (n=0) (Tabla 8).

Tabla 8. Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial sistémica de los pacientes con dicho diagnóstico de la UMF 11 Puebla.		
	Frecuencia	Porcentaje
Grado alto de conocimiento.	207	58.0
Grado medio de conocimiento.	150	42.0
Grado bajo de conocimiento.	0	0-0
Fuente: Resultados del cuestionario CSH y paquete estadístico SPSS 2022.		

3.2. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se estudió el grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial que tienen los pacientes con dicho diagnóstico de la UMF 11 San Martín Texmelucan Puebla, se usó el instrumento de medición CSH obteniendo como resultados que de la muestra obtenida de 357 participantes en el estudio tuvieron una edad mínima de 27 años y una edad máxima de 97 años, con una edad media de 60.65 años de los cuales el 54.3% pertenecían al sexo femenino y el 45.7% al sexo masculino; dichas cifras son similares a las ya presentadas en nuestro país de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 donde se observó mayor prevalencia en el sexo femenino, así mismo en el estado de Puebla se ha observado esta misma prevalencia hasta con un 18.3% que pertenece al sexo femenino frente a un 11.9% al sexo masculino. Así mismo el estudio arrojó que el 75.1% de los participantes sí conocen los medicamentos que toman para la hipertensión arterial, y en cuanto al grado de conocimiento sobre su enfermedad se reportó que el 58% tenían un grado alto de conocimiento y el restante que representa al 42% tenían un grado medio de conocimiento. Estos resultados son similares a los reportados por Pérez R y cols. en Venezuela ⁽¹⁴⁾ en el año 2013, donde el grupo fue conformado por 202 pacientes, de los cuales el 52.74% eran del sexo femenino; y el 55.47% de los pacientes conocían que era la hipertensión, sin embargo; el 51.36 % manifestaron conocimientos usuales sobre el progreso de la enfermedad ⁽¹⁴⁾.

En el año 2018 en la ciudad de México se desarrolló una encuesta que incluyó preguntas de conocimiento en hipertensión arterial sistémica, prevención, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y toma de presión, en la cual la prevalencia que se encontró fueron individuos a partir de los 60 años, donde 121 personas del género masculino represento al 56% del grupo de los 60 a 75 años de edad y tenían conocimiento de la hipertensión arterial, pero había otro grupo que correspondía a los 75 años y más, no contaban con el conocimiento de la hipertensión, representado por el 67%, lo que revelo un elevado índice de personas adultos mayores no conocen la enfermedad ⁽¹¹⁾, y en comparación con los datos obtenidos con nuestro estudio revelo que la población adulto mayor tiene un grado de conocimiento medio y alto de la enfermedad y de los medicamentos que consume,

demonstrando que la información con el paso de los años ha tenido más impacto en la población.

En España, el servicio de medicina interna, midiendo el nivel conocimiento de los pacientes hipertensos ingresados en el servicio, donde se demostró que el 20% de los pacientes hipertensos tienen la presión controlada dentro de los parámetros recomendados, cuyo objetivo era conocer el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular, el artículo fue descriptivo y trasversal, con una muestra de 54 pacientes con una edad promedio de 72 años, se consiguió como resultado que el 39% asevera no conocer que es la hipertensión y el 70% no ha tenido explicación sobre la hipertensión y solo un 39% considera que la hipertensión arterial es un proceso para toda la vida, también un 65% considera que la presión elevada corresponde a partir de 160/95 mmHg, además del 74% de los pacientes encuestados no fue capaz de enumerar algún factor de riesgo asociado ⁽¹⁹⁾.

Con respecto a la medicación el 61% sabe que es para toda la vida; sin embargo, el 28% comento que se puede abandonar el tratamiento cuando la presión se normalice, y se concluyó con el estudio que el conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial y el riesgo asociado es bajo ⁽¹⁹⁾.

En Barcelona, España en la facultad de medicina se realizó un estudio donde hubo una participación de 980 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, donde el 50% eran del género femenino con una edad media de 65 años. Al examinar los conocimientos sobre la hipertensión, el 41,7% contaban que nadie les había informado en qué consistía la enfermedad, el 35,8% no creía que la hipertensión fuera para toda la vida y solo el 42,3% conocía los niveles óptimos de presión arterial ⁽¹²⁾. A diferencias de nuestro estudio donde el grado de conocimiento sobre su enfermedad reportó que el 58% tenían un grado alto de conocimiento y el restante (42%) tenían un grado medio de conocimiento ⁽¹²⁾.

En un estudio realizado en Lima, Perú en el año 2015 Rodríguez J y Cols. reportaron que los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen más probabilidad de tener adherencia parcial al tratamiento farmacológico ⁽¹⁵⁾, así como las modificaciones pertinentes al estilo de vida, dicha variable no fue estudiada en el

presente trabajo; sin embargo, se sugiere que puede ser un parteaguas para continuar con dicha investigación en trabajos futuros ⁽¹⁵⁾.

3.3 CONCLUSIÓN

Con antecedentes adquiridos en esta investigación se obtuvo que la población adulta estudiada con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de la UMF 11 Puebla sí conoce sobre su patología, donde el 58% demostraron tener un grado alto de conocimiento; con lo que se acepta la hipótesis de trabajo. Así mismo se constatan los reportes previos en los cuales la población mayormente afectada por esta enfermedad está representada por el sexo femenino, por otro lado; con ocupación mayormente dedicada a las labores del hogar probablemente relacionado a la prevalencia en el mismo sexo y con nivel de escolaridad bajo lo cual contradictoriamente demuestra que a pesar de tener un nivel mínimo de estudios sí tienen conocimientos generales sobre la enfermedad que padecen; puedo concluir que el nivel bajo de estudios se puede considerar como factor de riesgo para padecer comorbilidades pues hay información mínima o nula sobre llevar a cabo un estilo de vida saludable que abarque una alimentación sana y actividad física; además de los pocos recursos económicos para acceder a alimentos más sanos comparado al amplio acceso a alimentos de bajo costo pero poco saludables lo cual tarde o temprano termina desencadenando el padecimiento de alguna enfermedad crónico-degenerativa, no solo la hipertensión arterial.

Por el contrario, ese nivel bajo de estudios no es impedimento para conocer la enfermedad que padecen, en este caso sobre la hipertensión arterial sistémica; probablemente gracias a la información que se brinda por parte del equipo médico. En este estudio no fue motivo de análisis conocer en qué rango de edad los pacientes demuestran tener mayor conocimiento, tampoco de dónde lo han obtenido; situación que valdría la pena estudiarse en investigaciones futuras para conocer en qué aspecto se puede fortalecer los medios de transmisión de dicho conocimiento acorde a la edad blanco, así como sería bueno conocer si existe asociación entre el grado de conocimiento sobre la hipertensión arterial sistémica y

la adherencia terapéutica para tener un mayor impacto en el control de la misma y evitar los inconvenientes ya conocidos por su descontrol.

De acuerdo a lo ya descrito concluyo que a pesar de que la población estudiada demostró tener un grado alto de comprensión sobre la hipertensión arterial sistémica es trabajo de la medicina de primer nivel continuar ampliando dicho conocimiento a la población que ya la padece, desde dar a conocer sus metas terapéuticas, su tratamiento y complicaciones sin olvidar que la medicina de primer contacto debe ser preventiva por lo que el objetivo de este conocimiento no solo debe ser el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones si no se debe mejorar el conocimiento a la población general con factores de riesgo para evitar que debuten con este padecimiento y en caso de no lograrlo tengan mejores herramientas para afrontar y controlar la enfermedad.

3.4 PERPESPECTIVAS

Paciente.

Es importante que todos los pacientes que padecen hipertensión arterial sistémica acudan a su revisión mensual a su unidad de medicina familiar, no solo para dar seguimiento al tratamiento de su enfermedad si no porque es ahí donde se pueden despejar todas las dudas que tengan acerca de su padecimiento, tratamiento y control del mismo, no solo por parte de su médico familiar sino también por todo el equipo multidisciplinario que los puede atender, desde el personal de enfermería, nutrición e incluso trabajo social; ya que de esta manera pueden asegurarse de que la información que se les proporciona es verídica y confiable ya que es sumamente importante no dejarse llevar por comentarios o experiencias de personas que no poseen con los conocimientos necesarios para transmitirles información real.

De igual manera seria prudente invitar a la población en general a conocer más acerca de esta enfermedad para prevenirla o bien incluso para poder dar la red de apoyo adecuada a alguien cercano que la padezca.

Médico familiar.

Debemos priorizar esforzarnos por mantener una adecuada relación médico-paciente para poder lograr tener un impacto en nuestra población, motivando y educando al paciente para adoptar estilos de vida más saludables, enfocándonos en sus potenciales beneficios y en la importancia del control de sus enfermedades para evitar sus posibles complicaciones. Así mismo, esta adecuada relación médico-paciente permitirá que los pacientes expresen sus dudas respecto a todo lo que conlleva su enfermedad pues no debería existir nadie más experto que nosotros para poder resolver sus dudas; es nuestro trabajo como parte de la consulta explicar en qué consiste la enfermedad, su tratamiento y la importancia del mismo; quizá no todo en la misma consulta para permitir digerir la información al paciente poco a poco pero por eso nosotros tenemos la oportunidad de ver mes con mes a cada paciente para continuar enseñando algo nuevo en cada vez.

Así mismo recordar que contamos con un equipo multidisciplinario el cual nos ayudará a lograr estos objetivos por lo cual es importante realizar las referencias adecuada y oportunamente para el manejo y seguimiento de los pacientes, como es el caso del servicio de nutrición o el personal de enfermería especialista en medicina de familia.

Instituto.

Resulta de suma importancia continuar con grandes esfuerzos de educación y promoción de la salud ya que de hacerlo podemos lograr evitar que estos adultos lleguen a presentar complicaciones y afectaciones que requieran atención médica cada vez más especializada y costosa para el instituto y continúe creciendo la saturación de los servicios, por lo que recomiendo hacer más énfasis en explicaciones muy detalladas sobre la hipertensión arterial sistémica durante jornadas de talleres, pláticas, entrega de trípticos, periódicos murales, etcétera donde participe todo el equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar para no solamente motivarlos a conocer más de la enfermedad si no darles las herramientas necesarias en cuanto a conocimiento para que logren detectarla, controlarla e incluso prevenirla. No está de más sugerir que se podría llevar a cabo

un programa similar al CADIMSS, pero enfocado en hipertensión arterial sistémica donde a través de diferentes sesiones se amplíe el conocimiento de estos pacientes para dar seguimiento, tratamiento y control a su enfermedad.

CAPITULO 4: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4.1 BIBLIOGRAFÍAS

1. Borchers Andrea T, Naguwa Stanley M, Shoenfeld Yehuda, et.al. The geoepidemiology of systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity Rev.* 2010 Mar; 9(5): A277 -A287.
2. Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, et al. Guías Latinoamericanas de hipertensión arterial. *Rev Chil Cardiol* 2010; 29:117-144.
3. Molina Y, Aguilar C., Bolufé ME, Guía cubana de hipertension arterial. *Medicent Electron.* 2019 jul.-sep.,23(3).
4. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 2017. <http://temas.sld.cu/hipertension/files/2017/10/GuiaCubana-HTA-2017-Parte-1.pdf>.
5. Brent M.E, Treatment of hypertension in older adults, particularly isolated systolic hypertension. 2021 Up To Date. [Treatment of hypertension in older adults, particularly isolated systolic hypertension - UpToDate.](#)
6. C-Hartz J, D de Ferranti S., Overview of risk factors for development of atherosclerosis and early cardiovascular disease in childhood 2021 Up To Date. [Overview of risk factors for development of atherosclerosis and early cardiovascular disease in childhood - UpToDate.](#)
7. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018.
8. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.
9. Acevedo A, Linares C, Cachay O. Tipos de conocimiento y preferencias para la resolución de problemas. *Industrial Data*, 2010, 13 (2), 25-37.
10. Rodríguez M, García. Jiménez E, Amariles P, et al. Revisión de tes de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica., Universidad de Granada, España.2008, 40 (8), 413- 418.
11. Baglietto-Hernandez J., Mateos-Bear A., Nava-Sanchez J, et all. Nivel de Conocimiento en hipertension arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de Mexico.
12. Dolors-E., Sierra C, et al. Grado de Conomiento de la hipertensión en pacientes hipertensos. *Revista de Enfermería Clínica*, 2019, 1-9.
13. Benitez M, Egocheaga M, Dalfo A, et all. Estudio Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. España, 2015, 32 (1), 12-20.

14. Perez R, Rodríguez M, Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela Centro de Diagnóstico Integral San José de la Sierrita, Venezuela 2015, 19, (3), 406-417.
15. Rodríguez J, Solís R, Rogic S, et al, Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima. Perú. 2015, Rev Fac Med 2017, 65 (1), 55-60.
16. Saldarriaga Sandoval LJ. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales. Tumbes. Perú 2007. NURE Inv. 2010 7(45), 1-15.
17. Pineda M, Custardoy J, Ortin J, et al, Grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. España, 2004, 33 (5), 254-260.
18. García A, Sánchez F, Rey K, et al, Hipertensión arterial. Conocimiento de los trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Cuba, Rev Inf. Cient. 2014, 84 (2), 228-237.
19. Estrada D, Jiménez L, Pujol E, Et al, Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular. España 2005, 22 (2), 54-58.
20. Martínez E, García R, Álvarez A, Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. México, Med. Gen. Fam. 2019, 8(2), 56-61.
21. Estrada D, Jiménez L, Pujol E, et.al. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina interna sobre hipertensión y riesgo cardiovascular. Hipertensión. 2005 (8), 22-54.
22. Estrada D, Ho Wong T, Agudo JP, et.al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión, Hipertensión y Riesgo Vascular, 2013 (30), 127-134.

CAPITULO 5: ANEXOS

5.1 ASPECTOS ETICOS

El estudio deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del IMSS. Este protocolo está diseñado de acuerdo con los lineamientos anotados en los siguientes códigos y leyes:

- **El Código de Núremberg** Existen pruebas de gran peso que nos muestran que ciertos tipos de experimentos sobre seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites razonablemente definidos, son conformes con la ética general de la profesión médica. Quienes practican la experimentación humana justifican su actitud en que esos experimentos proporcionan resultados que benefician a humanidad y que no pueden obtenerse por otros métodos o medios de estudio.

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide.

2. El experimento debería ser tal que prometiera dar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no pudieran ser obtenidos por otros medios de estudio. No podrán ser de naturaleza caprichosa o innecesaria.

3. El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.

4. El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.

- **Informe Belmont:** En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Otros principios pueden también ser relevantes. Estos tres, sin embargo, son amplios y se formulan a un nivel de generalización que ayude a

los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados a entender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos.

- **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial, titulado: "Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato del participante."
- **Reglamento de la ley General de Salud:** De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

Siendo el siguiente protocolo de investigación de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud de **bajo riesgo** de acuerdo con su Artículo 17 en su fracción segunda, el cual dice: "II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros."

investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.”

5.2. DOCUMENTOS DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO



30/11/2021

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2104,
U. MSO PABELLÁN TELM 6

Registro COFEPRIS 17 CE 21 114 137
Registro COSEBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102

FECHA: Martes, 30 de noviembre de 2021

N.E. FABIOLA MENDEZ VALDERRABANO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2021-2104-137

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

~~ATENCIÓN~~


Alfredo Hernández Simón
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

21

5.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p style="text-align: center;"> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES VOLUNTARIOS </p>
<p style="text-align: center;">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</p>	
<p style="text-align: center;">Nombre del estudio: "GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"</p>	
<p>Lugar y fecha: Puebla Pu a de del 2022. UMF-H No. 11</p>	
<p>Número de registro:</p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Objetivo: Medir el grado de conocimiento en relación con el grado de conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención. Justificación: Analizar el grado de conocimiento de la población en relación a la hipertensión ya que la situación real que actualmente se vive en nuestro país desafortunadamente va al alza por la que es de suma importancia identificar si la población está informada de lo que es el término hipertensión arterial y el conocimiento sobre la enfermedad que le precede.</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>Con previo registro y autorización por parte del comité de Bioética en Investigación se aplicará a los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de 20 años en adelante el instrumento: Se preguntará además nombre, edad, escolaridad a los participantes y ocupación. Cuando se termine el llenado de los datos se vaciarán en el programa de Excel.</p>
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>Estimado Ciudadana o Ciudadano este estudio trata de medir el grado de conocimiento en relación a la hipertensión arterial, no queremos causarle ningún daño moral por invadir su persona ni hacerlo sentir incómodo por lo que si esto llegara a pasar tenga la confianza de expresar a un servidor (a) a fin de orientarlo para tomar la mejor decisión.</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>Al participar en el estudio, usted obtendría como beneficio poder detectar oportunamente el grado de conocimiento y lo que necesita saber con respecto a su enfermedad y así mismo derivarlo a los servicios correspondientes para evitar el desarrollo de las mismas.</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Se proporcionará información de manera confidencial sobre los resultados obtenidos basada en las encuestas a los participantes por parte del personal que labora en UMF.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Podrá retirarse del estudio en cualquier momento que usted decida, sin que tenga repercusión alguna en el trato o la atención que usted solicite en la unidad. Se dará respuesta a las dudas que se tengan en relación con el estudio.</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>Toda la información otorgada por el participante será de carácter confidencial y solo será utilizado para este estudio en base a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador responsable:</p>	<p>M.C. FABIOLA MÉNDEZ VALDEHERRANO, CCEIS UMF - H no. 11 IMSS Puebla, Órgano operación administrativa desconcentrada en Puebla Delegación Puebla Matrícula: 99226980 /fabiauzul@hotmail.com /cel.2225463230</p> <p>Colaboradores: DR. ANTONIO DE JESÚS MARTÍNEZ IRRIGUIRES, Residente de Medicina Familiar UMF- H no.11 IMSS Puebla, COAD en Puebla. Matrícula: 97226629 /aaronshark@hotmail.com / Cel. 2225778543</p> <p>*En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 21048 de la UMF 8 del IMSS con la Dra. Adriana Josepa Salinas al celular: 22-25-18-85-34 o al correo electrónico: comite.etica@124884.com.</p>
<p>Nombre y firma del participante:</p>	

5.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre:	Edad:	Sexo:	
NSS:	Escolaridad:		
Estado civil:	Años de Dx HAS:		
Esquema de tratamiento:	Antihipertensivo:		
Cuestionario CSH			
1.- Hipertensión Arterial Sistémica			
1.- Cuántos años hace que Ud. es hipertenso/a?	0-5 años	6-10 años	Más de 10 años
2.- ¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa?	140/90 mm Hg	160/95 mm Hg	130/85 mmHg
3.- ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Si	No	No lo sé
4.- Habitualmente, ¿a quién le hace la visita de seguimiento de la hipertensión?	Médico	Enfermera	Ambos
5.- ¿Le han explicado qué es la hipertensión?	Si	No	No recuerdo
2.- Riesgos de la hipertensión			
1.- ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos?	Si	No	No lo sé
2.- ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón?	Si	No	No lo sé
3.- ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis?	Si	No	No lo sé
4.- ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro?	Si	No	No lo sé
5.- ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones?	Si	No	No lo sé
3.- Factores de riesgo asociado a la hipertensión			
1.- Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
2.- Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
3.- Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
4.- Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
4.- Dieta			
1.- ¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?	Si	No	No lo sé
2.- Una dieta baja en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Si	No	No lo sé
3.- ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Si	No	No lo sé
5.- Medicación			
1.- ¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Si	No	No lo sé
2.- ¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	No	No lo sé
3.- ¿Cree que Ud. Puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?	Si	No	No lo sé
4.- ¿Cree que Ud. Puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Si	No	No lo sé
6.- Modificaciones de estilos de vida			
1.- ¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial?	Si	No	No lo sé
2.- ¿Cree que caminar cada día 30-45 min, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
3.- ¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?	Si	No	No lo sé
7.- Percepción de la enfermedad			
1.- ¿Piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarle?	si	No	No lo sé
2.- ¿Piensa que el médico/a, enfermera/o y farmacéutico/a pueden ayudarle?			
8.- Situación laboral actual		9.- Marcar con una x la/las respuesta/s correcta/s	
1. Sin estudio	1. Labores del hogar		
2. Primaria	2. Estudiante		
3. Secundaria	3. Empleado		
4. Preparatoria	4. Jubilado		
5. Licenciatura	5. Sin empleo		
6. Post grado			
7. Sabe leer y escribir			

D. Estrada Reventos, T.M. Ho Wong, J.P. Agudo Ugena, Et all, Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión, Hipertensión y Riesgo Vascular, Volume 30, Issue 4, 2013, Pages 127-134

5.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Sexo: Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.

Edad: Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.

Ocupación: Actividad económica, académica o de otra índole social a la que se dedica cada uno de los encuestados.

Estado Civil: Condición de cada paciente que acude a consulta externa con relación a los derechos y obligaciones civiles.

Escolaridad: Tiempo de enseñanza que un alumno asiste a la escuela.

Tiempo de diagnóstico: Período establecido de una enfermedad o la iniciación del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o se disemina a otras partes del cuerpo.

5.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Sexo: Masculino o Femenino.

Edad: La indicada por el encuestado (a) cumplida en años.

Ocupación: Indicada por el participante, como: labores del hogar, empleado, etc.

Estado Civil: Indicada por el participante, como: soltero(a), casado (a), unión libre.

Escolaridad: Indicada por el participante, como: primaria. Secundaria, preparatoria, universidad, postgrado, sabe leer y escribir.

Tiempo de diagnóstico: Indicada por el participante en años.

