BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 9

"AUTOCUIDADO ASOCIADO AL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 9"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. VANESSA JIMENEZ POMPOSO

DIRECTOR DE TESIS:
DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS
REGISTRO: R-2013-1101-18

ACAPULCO, GUERRERO ENERO 2015

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
COORDINACION DELEGACIONAL EN SALUD

"AUTOCUIDADO ASOCIADO AL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 9"

DIRECTOR DE TESIS

DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

VANESSA JIMÉNEZ POMPOSO

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

AUTOCUIDADO ASOCIADO AL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 9.

Dra. Ingrid Zaragoza Ruíz
Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Francisco Barbosa Castañeda
Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

Dra. Guillermina Juanico Morales
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
IMSS
U.M.F. 9
DELEGACION GUERRERO

Dra. Virginia Palacios Castillo
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

72 AÑOS
DE HISTORIA

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

IMSS

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1101
U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA **17/07/2013**

MTRO. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"AUTOCUIDADO ASOCIACIADO AL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 9"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1101-18

ATENTAMENTE

DR.(A). MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por abrir campos clínicos destinados a la formación de médicos con vocación de servicio.

A los médicos y profesores del H.G.R. Vicente Guerrero, quienes a través de su enseñanza participaron en el proceso de mi formación.

Al Dr. Luis A. Ríos Oliveros por el tiempo invertido en este proyecto.

A la Dra. Irene Vázquez Cruz por su apoyo en el desarrollo metodológico de la presente tesis.

A los profesores y coordinadores de la UMF 9 por la docencia impartida durante estos 3 años.

A mis amigos parte del equipo en guardias: Vero, Tali, Sobe, Tavo y Balta con quienes convivir estos 3 años me hicieron sentir en familia.

DEDICATORIA

A dios por la vida y la oportunidad de ver un logro más cumplido en mi profesión.

A mis padres por su apoyo incondicional, cariño y comprensión; por seguir caminando a mi lado durante todos estos años.

A mí amada hija Fernanda quien es el motor que impulsa mis metas.

A mis hermanas: Liz y Chata mis inseparables compañeras de vida

INDICE

1. RESUMEN…….....1

2. INTRODUCCIÓN 2

3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....3

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....19

3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....20

3.3 JUSTIFICACIÓN 21

3.4 OBJETIVO GENERAL 22

3.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22

4. MATERIAL Y MÉTODOS.....23

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO:.....23

4.2 PERÍODO DEL ESTUDIO:. 23

4.3 LUGAR DONDE SE DESARROLLÓ EL ESTUDIO: 23

4.4 UNIVERSO DE TRABAJO 23

4.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN 24

4.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....25

4.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 28

4.8 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO.....29

4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....30

5. RESULTADOS 31

6. DISCUSIÓN. 41

7. CONCLUSIONES 44

8. RECOMENDACIONES 46

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 48

10. ANEXOS 55

10.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.....56

10.2 FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS (CUESTIONARIO).....57

10.3 ABREVIATURAS 58

“AUTOCUIDADO ASOCIADO AL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 9.”

1 RESUMEN

Introducción: La práctica del autocuidado regula los factores que propician el desarrollo y funcionamiento de conductas saludables; al mejorar éstas conductas los hipertensos promueven cambios en el manejo de su patología previniendo complicaciones asociadas al descontrol hipertensivo. **Objetivo:** Evaluar el autocuidado y su asociación al control de las cifras tensiónales en pacientes hipertensos de la UMF 9. **Material y Método:** Se realizó un estudio transversal analítico que incluyó 360 pacientes con hipertensión arterial. Se aplicó una cedula de evaluación para obtener los datos. La variable estudiada fue el autocuidado y el control de la tensión arterial. Se elaboró una base de datos con el paquete estadístico SPSS V. 21, se verificaron errores de captura y codificación, se utilizaron frecuencias simples, porcentajes y medidas de asociación y dispersión.

Resultados: Mi población de estudio fueron 360 pacientes; de los cuales el 40.8% (213/360) cursó con descontrol de sus cifras tensionales. Encontrando que solo el 0.3% de la población estudiada practica el autocuidado (sexo femenino). De la muestra solo el 40.8% tuvo una tensión arterial media óptima, 213 pacientes están descontrolados de los cuales el 62.4% cursan con sobrepeso y obesidad. Se evaluaron 6 esferas para determinar el autocuidado encontrando las siguientes frecuencias: Conocimiento de la hipertensión arterial 1 (100%). Estilo de vida 59 (71%), Adherencia terapéutica 12 (66.6%), Depresión 2 (66.6%), Intervención educativa 12 (70.5%); y Redes sociales 1(50%).**Conclusiones:** La población hipertensa de nuestra unidad no tiene autocuidado lo que explica el alto porcentaje de pacientes con descontrol hipertensivo.

Palabras clave: hipertensión arterial, autocuidado.

2 INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) cuyo diagnóstico, tratamiento y seguimiento se lleva a cabo en el primer nivel de salud, es un motivo de consulta frecuente; está considerado un problema de salud pública; al ser una enfermedad que causa daño vascular sistémico y disminuye la calidad y la esperanza de vida; ocasiona un gran impacto en la economía de los sistemas de salud en el mundo, ya que se trata de una entidad crónica degenerativa con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes.

Las guías y lineamientos en el tratamiento de esta patología mencionan que para lograr el control de la HTA es necesario cumplir con el tratamiento farmacológico y hacer cambios en el estilo de vida; como la reducción en la ingesta de sodio, realizar actividad física, disminuir el peso, moderar el consumo de alcohol, seguir un plan de alimentación especifico, y suspender el tabaco; éstas recomendaciones tienen que ver con la capacidad de autocuidado del paciente; que de acuerdo a la teoría de Dorothea Orem, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Diversos estudios fomentan al autocuidado como una herramienta útil en el control de las cifras tensionales en pacientes hipertensos; en nuestro estudio buscamos estimar si la población adscrita a nuestra unidad de medicina familiar ejerce el autocuidado y si éste influye en el control de su enfermedad.

3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se ha observado a nivel mundial un crecimiento en la prevalencia de las ECEA como la hipertensión arterial, tan solo Estados Unidos documentó un índice de pacientes hipertensos del 30 a 50% de su población a su vez que España reportó un 20.7%. En México la hipertensión arterial se encuentra distribuida en 31% de la población de 20 años de edad. [1,2]

Su prevalencia en México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) es de 33.3 en hombres y 30.8 en mujeres de cada 100 personas de este grupo de edad y sexo. [3]

A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes; además, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta lo que preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual. [4]

La Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA) realizada en el período del 2003 a 2004 documenta de manera objetiva el impacto de la hipertensión en el incremento de la morbimortalidad por dicha enfermedad de 3.1± 1.5 años en México. [5]

Resultados arrojados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2010, menciona que la tasa más alta de morbilidad hospitalaria por hipertensión esencial o primaria está concentrada en la población de 80 años y más (312 hombres y 390 mujeres por cada mil habitantes de cada sexo). Del total de personas con trastornos hipertensivos en México, 34 de cada 100 fallecieron, incrementando la tasa de mortalidad observada por enfermedades hipertensivas en la población de 15 años y más. [6,7]

En el 2002 se otorgaron 7.2 millones de consultas a usuarios hipertensos en las unidades de medicina familiar en México. [7] Ocasionando un costo anual en la seguridad social por hipertenso de $1 067 en el escenario promedio y $3 913 en el escenario extremo, el gasto anual en hipertensión arterial equivale al 13.95 del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del peso interno bruto (PIB). [1, 8]

Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial. [9, 10]

Por todo lo mencionado la hipertensión arterial está considerada como un problema de salud pública a nivel mundial al ser la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio repercute en la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento por que no se diagnóstica oportunamente. [11, 12]

Muchas modificaciones activas en la conducta y estilos de vida pueden llevarse a cabo con un costo mínimo para el paciente y en su caso reducir las dosis de medicamentos empleados y por consiguiente disminuir el costo que genera a nuestra institución de salud. Es aquí cuando cobra un real significado el concepto de autocuidado, en el cual las personas requieren desarrollar habilidades especializadas que les permitan cuidar de su salud; éstas capacidades o habilidades se adquieren de forma intencional y tienen un profundo significado cultural, mismas que pueden ser utilizadas para potencializar dichas capacidades y llevar a cabo planes de autocuidado que coadyuven en la prevención de la hipertensión. [13, 14,15]

Según Orem (Indiana) en el año de 1958 y sus aportes en la conceptualización del autocuidado lo define como aquéllas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, (o restablecerla cuando sea necesario), prevenir la enfermedad y limitarla cuando existe. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver

problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.... "Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona". [16, 17,18]

En el 2010 se realizó una encuesta aplicada a expertos con liderazgo nacional o regional en la atención de pacientes con enfermedades crónicas (EC) con el objetivo de Identificar estrategias innovadoras dirigidas a mejorar el cuidado y el autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas en América Latina y explorar el interés de crear una red latinoamericana de profesionales en ese campo; actualmente las bases son promisorias y se busca fortalecer las competencias en ésta área y desarrollar propuestas innovadoras para mejorar la atención de los pacientes afectados por dichas patologías. [19]

Germán C, y cols. Realizaron un estudio en Madrid en 1994 con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de autocuidados de hipertensión en atención primaria, donde se compararon dos modelos de intervención; ambos con educación individual y soporte familiar y uno de ellos con educación en grupo, se incluyeron en el estudio a todas las personas que acudieron a 10 centros de salud en Andalucía con diagnóstico reciente de hipertensión en los últimos 6 meses, 160 personas se asignaron aleatoriamente al grupo de intervención (educación grupal) o control (educación individual), encontrando que la presión arterial sistólica (PAS) disminuyó 6.2 mmHg en el grupo de intervención y 8.0 en el grupo control y para la presión arterial diastólica (PAD) disminuyó 7 mmHg para el grupo de intervención y 2.3 para el grupo control. Sin embargo; en el grupo control sólo la disminución de la PAS llega a alcanzar diferencias estadísticamente significativas. Concluyéndose que el control de la hipertensión arterial

es posible en la atención primaria con educación para la salud mediante acciones de autocuidados. [20]

Stiepovich J y cols, desarrollarón en el policlínico de hipertensión arterial de las Higueras Talcahuano, Chile en el año de 1994 un estudio en el que se compararon dos sistemas de intervención para evaluar el efecto de la consejería personalizada en pacientes hipertensos esenciales severos según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS I), orientados a reducir cifras tensiónales sistólicas, diastólicas y aumentar su autoestima, la variable independiente como método de intervención tuvo una duración de 24 semanas; se midieron como variables dependientes: cifras tensiónales y autoestima; a través de la Escala de Autoestima de Tennessee. Los resultados arrojaron qué los pacientes hipertensos esenciales severos OMS I, del grupo experimental disminuyeron en promedio más sus cifras tensiónales y aumentaron en promedio más su autoestima que pacientes del grupo control, (Grupo experimental: X = 37,833; DS = 34,40. Grupo control X = 16,857; DS = 49,21. Tc (17) = 1,030; p > 0.05.) Encontrándose también dependencia entre peso y presión arterial (Grupo experimental: X = 24,58; DS = 14,78. Grupo control X = 12,0; DS = 22,16. Tc (17) = 3,522; p > 0.05), por lo que la consejería personalizada demostró ser una estrategia de enfermería exitosa para éste grupo de pacientes. [21]

Araneda Pagliotti G y cols. Hicieron en Chile en el 2000 un estudio descriptivo que muestra la capacidad de autocuidado (A.C.) del adulto mayor (A.M.) y los factores sociodemográficos y de salud que inciden en ella, dicho estudio consideró a 196 enfermos mayores de 60 años de ambos sexos hospitalizados en servicios de cirugía y medicina a los cuales se les aplico un cuestionario con 3 escalas entre ellas la de Barthel que mide la capacidad de independencia y autocuidado, la escala de Pfeiffer que evalúa el estado mental y la escala visual análoga del dolor (EVA); se encontró que la mayoría de A.M. tenían entre 60 y 70 años, la escolaridad fue directamente proporcional con la capacidad de A.C. e indirecta con número de hospitalizaciones, en relación a conocimientos en salud: 85% sabia poco sobre su enfermedad, el 50% conocía acción y horarios de medicamentos, el 50% desconocía el valor de su presión

arterial. Los resultados obtenidos señalaron como independientes en su capacidad de A.C. a 80.1%, medianamente independiente al 15.8% y dependientes solo al 4.1%. Se demuestra que las personas que presentan estado mental intacto tienen mejor capacidad de autocuidado y a la inversa a mayor deterioro en su estado mental mayor dependencia de autocuidado [22].

Jiménez y Villegas C y cols. Efectuó en el año 2003 un estudio de casos y controles en la ciudad de México en donde aplicó un cuestionario a 200 individuos, 100 hipertensos y 100 no hipertensos residentes de la coordinación municipal de salud manantiales, en donde las variables estudiadas fueron déficit de autocuidado y desconocimiento de las complicaciones de HTA, demostrándose que solo el 51% de los hipertensos tiene autocuidado. Los principales factores de riesgo que tiene la población estudiada en México son: la edad (75% de los individuos hipertensos está entre la quinta y octava década de su vida), la obesidad (63,5%) y el sedentarismo (72%). Demostrando que el déficit del autocuidado se debe a la adopción de estilos de vida poco saludables. [23]

Acosta M y Cols efectuaron un estudio en Cuba en el 2003 de tipo descriptivo de corte transversal con el objetivo de identificar conocimientos, creencias y prácticas sobre adherencia terapéutica en 165 pacientes hipertensos del policlínico “Corinthya” en el periodo de septiembre a diciembre, en dicha población el 55.2% de los pacientes hipertensos no conocía los factores que propician la hipertensión arterial y solo el 51% tenía percepción de riesgo necesaria lo cual repercutió negativamente en sus prácticas, concluyéndose que la falta de adherencia al tratamiento se debe a que los pacientes que no reciben educación suficiente y adecuada no pueden incorporar creencias en salud que le permitan modificar sus conductas y que a mayor percepción de vulnerabilidad personal mayor interés de aprendizaje y ejecución de conductas preventivas. [24]

Mendoza S y cols, realizaron en el 2004 en Chile un estudio para evaluar los factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos hipertensos; la cual se midió a través de la aplicación de la Escala de Conductas de Salud de Miller y a través de la

aplicación de un cuestionario de creencias en salud para pacientes hipertensos. Se incluyeron 245 pacientes del programa cardiovascular del centro de San Pedro la Paz en el que se concluye que el 21.6% tiene cumplimiento terapéutico y por tanto el 78.4% de la muestra tiene incumplimiento terapéutico, que el género masculino tiene mayor cumplimiento terapéutico (t=-7,399; p=0,000) siendo las mujeres las que tienen menos probabilidades a ser cumplidoras esto puede explicarse por los roles diferenciados de género que se adoptan en el cuidado de la salud en la familia o en la pareja, un hombre hipertenso al cuidado de una mujer tienen mayor cumplimiento farmacológico. Se demuestra en este estudio que el género y la falta del conocimiento sobre la hipertensión arterial y la falta de percepción de la gravedad de la enfermedad influyen en el buen control de la hipertensión. [25]

Landeros – Olvera E A, y cols. Efectuaron un estudio en el estado de Morelos en el año 2004 con el objetivo de estimar las capacidades de autocuidado (CAC) para hipertensión arterial en personas de 20 a 69 años de una comunidad rural. Se realizó toma de tensión arterial y un cuestionario a 120 participantes; del total de la población estudiada se registraron cifras de presión arterial por arriba de los estándares establecidos en 16.6% de las personas con hipertensión; en los cuales se identificó una mejor capacidad de autocuidado (84%) que en las personas sin hipertensión (69 puntos). Con la aplicación de la escala estimativa de capacidad de autocuidado se logró identificar que las personas con hipertensión perciben mejor sus capacidades de autocuidado que las que no la presentan probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud, mientras los que se perciben sanos no consideran necesaria la posibilidad de desarrollar el autocuidado. [26]

Varela MA y cols efectuaron en el 2005 un estudio en una institución de salud de Cali, Colombia con el objetivo de determinar el impacto de un programa para modificar el estilo de vida y su relación con los niveles de presión arterial. Se empleó un método cuasi-experimental, con diseño transversal; la muestra estuvo conformada por 44 personas hipertensas. A través de la aplicación del SF-36 Health Survey v2 para evaluar calidad de vida se encontró que la modificación del estilo de vida tiene efectos

benéficos en el componente mental, emocional y físico e influye en la reducción de la presión arterial sistólica. Los resultados respecto a la PAS mostraron que el 90,9% de los pacientes logró niveles controlados después del programa de modificación del estilo de vida. [27]

Peredo Rosado VM, y cols. Elaboraron un estudio en el 2005 en la unidad familiar de Madero Tamaulipas; para evaluar la eficacia de una intervención educativa activa participativa sobre la presión arterial media, índice de masa corporal y nivel de conocimientos en este padecimiento en sujetos con hipertensión arterial. Se llevó a cabo una intervención cuatro horas diarias durante cinco días por bimestre en tres ocasiones, en la que se abordaron temas relacionados con la hipertensión arterial en pacientes hipertensos no controlados, se incluyeron 48 pacientes con hipertensión arterial leve y moderada, con edades entre 25 y 60 años. El impacto de la intervención educativa se evaluó con base en la ganancia del grado de conocimientos, mejoramiento del peso, presión arterial media respecto al inicio, a los dos, cuatro, y seis meses después de la estrategia educativa; se observó incremento en los conocimientos (31.3 puntos) en la población estudiada y disminución del IMC de 2.75 puntos, posterior a la intervención educativa ($p < 0.05$). Tanto el peso como la presión arterial mostraron diferencias estadísticamente significativas en su disminución respecto a las mediciones iniciales, con una diferencia de la presión arterial media de 13.69 mm Hg al final del estudio ($p < 0.05$). Concluyéndose que la estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la presión arterial media e IMC en los pacientes hipertensos. [28]

Vinaccia S y cols. Realizaron un estudio publicado en Colombia en el 2006 el objetivo de investigación fue analizar el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en 152 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del Hospital San Juan de Dios del municipio del Carmen de Viboral, Colombia. Se aplicó el cuestionario MOS (Medical Autcomes Study) que mide apoyo social y una encuesta semiestructurada que mide adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los resultados evidenciaron que el impacto del apoyo emocional (29.0%) fue el más representativo de todas las dimensiones psicosociales del MOS y que más de la mitad de la muestra tuvo

una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo a nivel farmacológico (62.5%). En conclusión, podría decirse que distintos factores psicosociales pueden tener un grado significativo de influencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con hipertensión arterial. [29]

Castillo D, y cols. Desarrollaron un estudio publicado en el 2006 en Carobo Venezuela en pacientes hipertensos que acudían a la consulta externa del Servicio de Cardiología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en relación al cumplimiento de medidas de autocuidado. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en Julio del 2005, la muestra fue conformada por 100 pacientes hipertensos entre 25 y 80 años a los que se aplicó una encuesta dirigida a conocer las características del estilo de vida. 81% de los encuestados fueron del sexo femenino, 46% tenía sobrepeso, 54% desconocía sus cifras de presión arterial, 59% negó realizar ejercicios físicos; 79% afirmó respetar dosis y horarios en la ingesta de medicamentos; 76% asistía regularmente a la consulta control y 80% tenía 7 ó más preguntas de la encuesta contestadas correctamente**,** determinando que el 83% de su población hipertensa cumple con un buen autocuidado; esto relacionado con la adopción de estilos de vida más saludables, encontrándose que las medidas preventivas que realiza Venezuela están llegando a su población, obteniéndose un papel activo de los pacientes en el control de su enfermedad. [30]

Rivera Álvarez L N, realizó un estudio publicado en Bogotá Colombia en el 2006 con el objetivo de describir la capacidad de autocuidado que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo. Se utilizó un diseño descriptivo en 90 personas; utilizando la escala ASA (apreciación de la agencia de autocuidado) que se relaciona con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado; encontrando que el 53 % de las personas hipertensas tuvieron capacidad para el autocuidado, satisfaciendo sus requisitos de autocuidado por encontrase con una alteración en su estado de salud. [31]

Granados y cols. Emprendieron en México en el 2006 un estudio analítico-transversal con el principal objetivo de analizar en pacientes hipertensos la información que habían recibido sobre las causas que provocan la hipertensión, las creencias generadas al respecto sobre su propia enfermedad y las pautas de actuación en caso de tensión elevada, igualmente; el estudio analizó la relación entre creencias y la práctica de pautas de autocuidado. Se aplicó el cuestionario de creencias de hipertensión arterial (CCH-01). Participaron 171 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, entre 20 y 65 años de edad, encontrando que el 57.62% de los encuestados señaló como principal causa de elevación de la tensión arterial a los "nervios"; sí como el 65.5% refirió no haber recibido información sobre las causas por las cuales de eleva la tensión arterial. El 49.2% de los pacientes declaro no saber qué hacer en caso de elevación de su presión. El 13.7% declaró realizar acciones que no forman parte del régimen terapéutico. Los resultados indican una importante ausencia de relación entre las creencias y las acciones de autocuidado que los pacientes llevan a cabo y ponen de manifiesto la presencia de ciertas conductas de riesgo en la mayoría de los pacientes las cuales pueden incidir en los resultados del tratamiento de la hipertensión. [32]

Rivera Álvarez LN, y cols. Realizaron en Colombia en el 2007 un estudio de tipo descriptivo, correlacionar, cuantitativo con el objeto de describir la relación existente entre los factores de riesgo cardiovascular, sedentarismo y obesidad con la capacidad de autocuidado, dicho estudio se efectuó en personas hospitalizadas hipertensas de la clínica del Country Colombia La muestra estuvo constituida por 90 personas, encontrando que el 43,3% de los participantes cursaban con obesidad y sedentarismo. Concluyendo que las personas hipertensas con menor nivel de actividad, ejercicio y con mayor índice de masa corporal se asocian con niveles bajos en la capacidad para asumir su propio cuidado. [33]

Bastidas Sánchez C V, Efectuó un estudio en la Ciudad de Ibagué, Colombia en el 2007, de tipo descriptivo, transversal cuyo propósito era determinar la relación entre el autocuidado y la adherencia en 115 pacientes con enfermedad coronaria seleccionados de la consulta de cardiología de la clínica Minerva durante cuatro meses

del año 2005. Se midió la capacidad del autocuidado con el instrumento evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado (CAA), se calculó la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se pudo confirmar una asociación positiva entre la CAA y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (0.515) la cual mostró ser estadísticamente significativa p= 0.000. A la vez que se confirmó que la complejidad del régimen terapéutico tiene influencia en la no adherencia (82%) concordante con lo encontrado en otros estudios reportados por la organización mundial de la salud (OMS). [34]

Tenahua Quitl y Cols. Hicieron un estudio en Puebla en el 2007 para determinar la relación de los factores básicos condicionantes de autocuidado (CAC) y las acciones de autocuidado (AAC) en personas de 40 a 65 años de un área rural de Azumiatla del estado de Puebla, México; con al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV), como la hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia y obesidad, la muestra fue en 200 personas, a las cuales se les aplico la cedula de factores básicos condicionantes y el cuestionario “uno mismo como encargado del cuidado” donde se concluyó que existe asociación positiva entre la CAC y la AAC en las personas con FRCV, por otro lado los factores básicos condicionantes que influyeron fueron la escolaridad (2.3 años) y el nivel socioeconómico bajo (99%). Siendo el principal FRCV la obesidad (95.5%) esto atribuido a estilos de vida no saludables como una mala alimentación, falta de actividad física, y factores externos como estrés emocional. [35]

Agamael AP, y cols realizaron un estudio descriptivo transversal en pacientes hipertensos del policlínico “Tula Aguilera” de la ciudad de Camagüey en el 2007; que incluyó a 230 pacientes con el objetivo de identificar los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se estudiaron las variables: edad, sexo, escolaridad, régimen terapéutico, factores psicológicos y socioeconómicos. Se encontró que el sexo masculino se adhirió menos (71,73%) que el femenino (28,27%), que a mayor escolaridad menor adherencia (66,95%), al igual que la soledad (63,91%), los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones, la terapia combinada (60%)

dificultó la adherencia y la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más determinante de la adherencia del tratamiento antihipertensivo. [36]

Fernández A R y cols. Trabajaron en Bocaya Colombia en el 2008 en un estudio piloto de diseño cuasi experimental con pre prueba y pos prueba el cual se desarrolló en Tunja y Soracá con el objetivo de evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos en el que se incluyeron a 40 adultos a los cuales se les aplico la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA) antes y después de la intervención de 6 sesiones educativas. Se encontró que al mes después de la intervención educativa de enfermería hubo un incremento entre la media y la desviación estándar del ASA basal (55,4; 4,27), en comparación con el subtotal del ASA en la pos intervención (78,8; 5,97). logrando la adherencia al tratamiento farmacológico, demostrando que al motivar el autocuidado y la promoción de estilos de vida saludables en el adulto mayor hipertenso se obtiene mejor adherencia y por ende un mejor pronóstico de su enfermedad crónica. [37]

Velandia y Rivera elaboraron un estudio de diseño descriptivo correlacional en el 2008 para determinar la relación existente entre la agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; participaron 201 personas que contaban con algún FRCV : obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus, se empleó la escala apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) y el cuestionario para evaluar el comportamiento de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico derivado de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Clasification). Encontrando que el 62,6 % de las personas con algún FRCV tuvo regular CAA y el 77 % de los participantes presentó una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se demostró que la CAA permite al individuo realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud; entre ellas la adherencia al tratamiento. [38]

Márquez et al Realizaron un estudio aleatorizado y multicéntrico en el 2009 en España con el objetivo de comprobar la eficacia de una intervención mediante una revista educacional en el cumplimiento antihipertensivo; en el que participaron 87 centros de salud en el que se incluyeron 450 pacientes, distribuidos en 2 grupos en los que se midieron el porcentaje de cumplimiento global y diario, a través de monitores electrónicos; encontrando que fueron cumplidores globales en función de las dosis tomadas el 66,2%, y fueron cumplidores diarios en función de una sola toma al día el 58,3% demostrando que posterior a la intervención educativa hubo descenso de la presión arterial sobre todo en la diastólica; disminuyendo 8,2 mmHg sobre su basal. Se demuestra que la intervención educativa puede ser una estrategia eficaz en la mejora del tratamiento antihipertensivo. [39]

Hernández Méndez EI y cols. Desarrollaron un estudio en México en el 2009 con el objetivo de Identificar en qué medida los factores condicionantes básicos: edad, sexo, estado civil y educación afectan las capacidades de autocuidado en adultos con hipertensión arterial y saber si son diferentes en comparación con adultos sanos. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, de alcance transversal, el tamaño de la muestra fue de 100 participantes. Encontrando que los factores seleccionados afectan las capacidades de autocuidado, el factor condicionante básico que contribuyó con mayor explicación fue la edad con un 13%. Concluyendo que la estimación de las capacidades de autocuidado no es diferente en ambos grupos. Es posible que a pesar de que las personas conocen y padecen de hipertensión arterial, sus hábitos de salud no sean diferentes en comparación con personas sanas, situación que condiciona el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones. [40]

Núñez Córdoba y cols publicaron en el 2009 un estudio que se realizó a 11,279 participantes de la población española durante 43.562 persona-año para evaluar prospectivamente la asociación entre el consumo de alcohol, incluidas la bebida alcohólica preferida (cerveza, licores y vino blanco), su frecuencia semanal de consumo y el riesgo de hipertensión en una cohorte mediterránea. En el cual se concluyó que el consumo de cerveza y licores con un consumo de más de 2 copas al día incrementa el

riesgo de hipertensión en relación a los abstemios con una hazard ratio para los que beben en promedio 5 días a la semana de 1,28. Se demostró un riesgo menor para desarrollar hipertensión con la toma de vino tinto. El patrón de consumo semanal de alcohol sin embargo no tuvo un impacto significativo en el riesgo de hipertensión. Los resultados concuerdan con la hipótesis que establece que un consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de hipertensión arterial y respalda las recomendaciones sobre la reducción de su consumo como medida para prevenir la hipertensión. [41]

Achury y cols. Realizaron un estudio en el 2010 en 245 pacientes hipertensos que asistían a una unidad de segundo nivel de Colombia; con el objetivo de determinar la capacidad de agencia de autocuidado mediante un estudio descriptivo de tipo transversal; utilizando la cédula de evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado. Se encontró que el 81,22 % y el 8,16 % de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan sólo el 10,61 % de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado alta. Ello indica que el paciente hipertenso tiene habilidades de autocuidado insuficientes para lograr una adecuada adherencia al tratamiento. [42]

Millán Méndez I.E. Efectuó en el 2010 en Cuba un estudio de tipo descriptivo transversal en el municipio de Olguín con el objetivo de evaluar la capacidad de percepción de autocuidado del adulto mayor; se seleccionaron 195 pacientes a los cuales se les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50.5% de los hombres y el 43.3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46.7%. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyendo que la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, pero éstos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado ya que a mayor edad; el individuo va perdiendo sus habilidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos

mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.[43]

Berrocal y Cols hicieron un estudio en Cuba del 2010; de prevalencia analítico para describir los factores condicionantes básicos asociados al autocuidado de la salud cardiovascular en personas con hipertensión arterial que asistían a un programa de una institución de salud de la ciudad de Montería, se incluyeron 150 personas hipertensas. Los hallazgos del estudio demuestran la fuerte asociación existente entre los factores condicionantes básicos y los factores de riesgo presentes en la población de estudio. Se evidencia el riesgo cardiovascular a que están expuestos los adultos hipertensos dados la alta proporción de factores de riesgo no modificables. Se concluye a la luz de la teoría de Orem, que los factores condicionantes básicos como elementos periféricos afectan el autocuidado de las personas en estudio de manera intrínseca o extrínseca. [44]

Lara y Cols. Realizaron un estudio en 2 unidades de medicina familiar de México (1 de ellas cuenta con la certificación de calidad) en el 2011 para investigar si la cultura de la prevención está relacionada con actitudes y hábitos en los pacientes e indagar si participan en la prevención activa de enfermedades prevenibles; para dicho análisis se llevó a cabo un estudio cualitativo correlacional; a través de la aplicación de una guía semiestructurada la cual evaluó: hábitos y actitud. Basandose en la teoría de la disonancia cognitiva de Fistenger que establece una armonía interna entre la actitud, opinión, conocimientos y valores de las sediciones buenas o malas que toma cada individuo. Encontrando en ambas clínicas que hay una disonancia cognitiva entre actitud y hábitos para un adecuado autocuidado. La población cuenta con información útil en cuestión de salud, que al aplicar a su vida diaria debería de llevarlos a mantenerse con buena salud; sin embargo el ambiente biopsicosocial donde se desenvuelven las personas cambia constantemente y es difícil de sobrellevar, generándole estrés. Por lo tanto se requiere tener un entorno favorable para que se logre una actitud positiva respecto al cuidado de su salud. Los pacientes consideran «es muy importante estarse checando», pero también mencionan: «para que ir a

consulta sin estar enfermo». Concluyendo que la población cuenta con información útil relacionada con la salud pero tienen una actitud indiferente del autocuidado, lo cual se manifiesta en los hábitos inadecuados de prevención. [45]

Romero F. y Tefaha L. Efectuaron en el 2011 un estudio cualitativo de tipo fenomenológico en hipertensos mayores de 50 años en un ciudad del norte de Tucumán para determinar el sentimiento que el paciente hipertenso tiene sobre su enfermedad y en la evolución desde el diagnóstico de su enfermedad hasta el presente y desde ésta percepción actual aproximarse a lo posible en un futuro inmediato. A través de una entrevista interactiva en donde los resultados de cada entrevistado se confrontaron entre sí; con lo cual se concluye que el paciente hipertenso en general percibe su enfermedad en relación a los síntomas que presenta, su intensidad y frecuencia; por lo que ésta percepción es discontinua o distorsionada de la realidad lo que se refleja en la equívoca sintomatología, lo que influye en que acuda a solicitar consulta médica de manera tardía, que tenga incumplimiento terapéutico y no realice medidas preventivas. [46]

Andrade G. y cols realizaron en el 2011 un estudio de intervención y confort para demostrar la relación entre la religiosidad y el control de la presión arterial en 9 pacientes hipertensos de Capoeirucu Cachoeira Bahía en el que se demostró que la religión disminuye la presión arterial diastólica (80mmHg) y la sistólica (10mmHg); demostrando que una disminución mínima de 1-4 mmHg de presión reduce en un 10 a 20% el riesgo cardiovascular y que ésto representa un gran impacto en salud pública; los autores concluyen que el creer en un ser supremo influye en el buen control de la hipertensión arterial.[47]

Faquinello P, y cols participaron en el 2011 en un estudio de tipo cualitativo realizado en Brasil en el que se demostró que la red social influye positivamente en la salud y bienestar de las personas hipertensas ya que dicho apoyo social actúa como soporte/ayuda durante la enfermedad y en el tratamiento de la hipertensión. Los resultados demuestran la red familiar como la más representativa en el apoyo al

hipertenso principalmente con relación a la alimentación y uso de medicamentos, se resalta la importancia de la red social del hipertenso como una estrategia de mejorar la calidad de vida de estos individuos. [48]

Vega Angarita efectuó un estudio transversal de corte cuantitativo en el 2012 en Cucuta Colombia con el objetivo de describir la capacidad de agencia de autocuidado en hipertensos usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz; se incluyeron 65 hipertensos a los que se les aplicó la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA) la cual mide la promoción y funcionamiento del desarrollo personal, interacción personal, actividad y reposo; encontrando que el 83.1 % de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja; el 6.2 % mediana capacidad y solo el 10.7 % una capacidad alta. Los resultados concluyen que los hipertensos tienen afectada la capacidad de agencia de autocuidado. [49]

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y segundo para los varones; en la actualidad un 25% de la población adulta es hipertensa y su prevalencia aumenta con la edad, por factores biológicos y psicológicos tales como: estrés continuo, sexo, raza, ingesta de sal, obesidad, sedentarismo, ocupación, estatus socio económico, área geográfica, consumo de alcohol, hábito de fumar y otros efectos por cohabitación.

En México la hipertensión genera una gran demanda de atención en las unidades de medicina familiar del IMSS abarcando un total de 7.2 millones de consultas anuales; por ende se destina gran parte del recurso institucional para su atención integral. Se estima que alrededor del 50% de los pacientes hipertensos que abandonan su tratamiento presentarán lesiones terminales como: insuficiencia cardiaca, accidente cerebro vascular e insuficiencia renal lo que elevará los costos en su atención.

Al tratarse de un padecimiento crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro; un pilar fundamental en el tratamiento y control de la hipertensión es el autocuidado; el cual no es innato por el contrario se desarrolla a lo largo de la vida y está influenciado por las creencias, hábitos y prácticas del individuo.

En la literatura consultada existen diversos estudios que demuestran la relación del autocuidado y el control de la tensión arterial; siendo el personal de enfermería y sobre todo el médico familiar; quien al tener la capacidad de abordar cualquier problema de salud, de manera continua, integral y preventiva proporcionará la información y cuidados durante la atención médica, su eficaz participación determinará que el paciente busque ayuda en caso de signos y síntomas de descontrol hipertensivo, se adhiera al tratamiento; así como a la aceptación de asumir que es responsable de su propio estado de salud y que esto lo motive a adquirir el aprendizaje que requiere para convivir con una patología crónica.

No contamos con el antecedente de haberse realizado dicho estudio en nuestra unidad familiar, al aplicarlo buscamos mostrar la correlación entre el control de las cifras tensiónales y la práctica del autocuidado; con el fin de que posteriormente los médicos familiares identifiquen a los pacientes que no tienen autocuidado y sean derivados oportunamente a los servicios integrales de nuestra unidad para mayor cumplimiento.

3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Está el autocuidado asociado al control de las cifras tensiónales en pacientes hipertensos de la UMF 9?

3.3 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es probablemente el problema de salud pública más importante en países desarrollados y subdesarrollados por la clara tendencia al incremento en las estadísticas. Las encuestas nacionales (RENATHA 2005) han encontrado que solo el 24% de los pacientes hipertensos en México están controlados.

Nuestra clínica otorga atención médica a 15,000 hipertensos y cada vez es mayor el número de pacientes que no se adhiere al tratamiento y que no tienen un control adecuado de la enfermedad lo que disminuye su calidad de vida y lo predispone al desarrollo de complicaciones que elevarán los costos en la atención médica.

El paciente derechohabiente a través de la adopción de estilos de vida saludable contribuye al detrimento de sus cifras tensionales. El médico familiar favorece dicho control; al ser quien fomenta el autocuidado al individuo hipertenso; con el objetivo de evitar o limitar el daño ocasionado por el descontrol de las cifras tensionales buscando controlar los factores de riesgo modificables que el individuo requiere para minimizar los factores de riesgo cardiovascular.

Los esfuerzos dedicados al desarrollo de estrategias con el fin de promover el autocuidado a nivel de las instituciones de salud aún son insuficientes, con el proceso de envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales del adulto (ECEA), se hace cada vez más urgente la incorporación del autocuidado como estrategia permanente en los modelos de atención en salud.

Se concluye que la población hipertensa consume una gran cantidad de recursos; al fomentar el autocuidado en los usuarios se busca reducir los costos institucionales concientizando al paciente en el proceso de enfermedad, adopción de estilos de vida saludable y apego al tratamiento a través de un manejo multidisciplinario de salud.

Desde esta perspectiva, esta investigación tiene como propósito estimar si el paciente hipertenso de la UMF 9 aplica el autocuidado.

3.4 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el autocuidado y su asociación al control de las cifras tensiónales en pacientes hipertensos de la UMF 9.

3.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Estimar si el paciente hipertenso tiene autocuidado y su correlación en el control de las cifras tensionales.

2.- Identificar el grado de conocimiento del paciente sobre su patología.

3.- Determinar si el paciente ejerce estilos de vida saludables.

4.- Valorar si el apoyo de las redes sociales y la depresión influyen en el autocuidado.

5.- Apreciar si el médico familiar proporciona orientación sobre el manejo, cuidados y complicaciones de la HTA.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de estudio: Estudio Transversal analítico (observacional, prospectivo, comparativo)

4.2 Período del estudio: Septiembre 2013 – Febrero 2014.

4.3 Lugar donde se desarrolló el estudio: Área de consulta externa dentro de las Instalaciones de la UMF No. 9 del IMSS.

4.4 UNIVERSO DE TRABAJO

Población: La población hipertensa adscrita a la U.M.F. 9 es de 15,000 hipertensos.

Calculo de tamaño de muestra:

Tamaño de la muestra: Se tomó una muestra representativa en base a estimación y se calculó, tomando en consideración un nivel de confianza del 95% (1-α) y una precisión de 3%.

Total de la población (N)	**15,000**
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	**95%**
Precisión (d)	**3%**
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	**8%**
Proporción esperada de pérdidas (R)	**15%**
Muestra ajustada a las pérdidas	**360**

Tamaño de muestra 360 pacientes hipertensos de las salas de espera; tomando 6 pacientes de cada uno de los 58 consultorios de la UMF 9.

4.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

DE INCLUSIÓN	DE EXCLUSIÓN	DE ELIMINACIÓN
➢ Pacientes usuarios de la UMF 9 de 18 años y más. ➢ Pacientes que firmen el consentimiento informado para participar en el proyecto.	➢ Pacientes con alguna incapacidad física evidente para contestar la encuesta. ➢ Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial secundaria. ➢ Pacientes embarazadas. ➢ Pacientes con retraso mental evidente para contestar la encuesta.	➢ Pacientes que no hayan contestado completamente el cuestionario. ➢ Pacientes que no cuenten con expediente clínico electrónico.

4.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Autocuidado	Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; éstas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.	Se aplicó un cuestionario con 6 esferas que abarcaban: 1-Conocimiento 2-Estilo de vida 3-Adherencia 4-Redes sociales 5-Depresión 6-Orientación educativa Dando un total de 30 puntos. Se aplicó en la sala de espera de la consulta de la UMF 9 con una duración de 10 minutos para cada aplicación.	Cuantitativo	Bueno: 30 ítems Malo: Menor a 30 ítems

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN		TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Control de la tensión arterial	Descenso de las cifras altas de presión arterial hacia niveles considerados como normales y su mantenimiento permanente en ellos. Cifra estricta de tensión arterial< o igual a 130/80 mmHg	Se obtuvo de los últimos 2 registros de tensión arterial reportados en el expediente. Obtenida de la aplicación de la fórmula: PAM=(PS)+(PDX2)/3 1.Valores óptimos: 70 a 105mmHg 2.Valores no óptimos: 106 a 133mmHg	Cuantitativo.	1.- Controlada 2.- Descontrolada
Turno	Se define como los turnos que se alternan basándose en un día de duración de un ciclo en un programa de turnos.	Según el horario en que se aplique la encuesta.	Cualitativa Nominal	1.Matutino 2.Vespertino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	En años cumplidos.	Cuantitativa (discreta)	1.- de 18 a 95 años
Sexo	Condición orgánica, genética que distingue al género masculino y femenino.	Nombre del género al que pertenece.	Cualitativa Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
Escolaridad	Nivel de estudios máximo alcanzado en el sistema nacional de educación.	Nombre del grado de estudios alcanzados referido por el paciente.	Cualitativa Nominal	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 8.Licenciatura
Ocupación	Acción que desempeña para sustento económico.	Referida por el paciente en el cuestionario.	Cualitativa Nominal	1.-Ama de casa 2.Empleado 3.-Comerciante 4.Taxista 5. Pensionado 6.Desempleado
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra con quien se crean lazos reconocidos sin que sea su pariente.	Nombre del estado civil de la persona.	Cualitativa Nominal	1.Soltero (a) 2.Separado (a) 3.Casado (a) 4.Unión libre 5.Viudo (a)
Religión	Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a	Referido por el paciente.	Cualitativa Nominal	1.- Católico 2.- Evangelista 3. Cristiano

	una divinidad.			4- Testigo de Jehová
Índice de Masa Corporal (IMC)	Índice que permite evaluar el grado del estado nutricional a través de la fórmula: peso/talla^2	Tomado del expediente clínico de cada paciente encuestado.	Cuantitativa	1.Normal 18 - 24.9 2.Sobrepeso 25- 26.9 3.Obesidad 27-30
Tensión arterial media (TAM)	Es la media aritmética de los valores de las presiones sistólica y diastólica.		Cuantitativa	
Tiempo de evolución de la hipertensión arterial	Tiempo transcurrido desde que se realiza el diagnóstico de hipertensión arterial.	Referido por el paciente.	Cuantitativa	1. < a 5 años 2. De 6 a 10 años 3. De 11 a 20 años 4. > a 21 años
Complicaciones	Presencia de complicaciones secundarias a la evolución de la hipertensión arterial	Referido por el paciente y corroborado a la revisión del expediente clínico.	Cualitativa Nominal	1.No 2. Enf. renal 3. Enf. cardiaca 4. Enf. neurológica 5.Déficit visual

4.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Previo consentimiento informado se empleó una cédula de evaluación, que fue validada por contenido y constructo por el Cardiólogo Dr. David Ruanova León, Cardiólogo Dra. Angélica Deloya y el Dr. Humberto Luengas Valverde Médico internista. Se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes derechohabientes de la U.M.F 2 de Acapulco Gro.

La cédula cuenta de 30 ítems de pregunta cerrada agrupadas en seis dimensiones:

1) Conocimiento que tiene el paciente sobre la hipertensión: Está es la información obtenida a través del aprendizaje sobre la hipertensión, contenidas en 5 ítems.

2) Estilos de vida: En el que se incluyen ítems enfocados a interrogar el tipo de hábitos alimentarios y realización de actividad física que ayuden a controlar o mantener en cifras aceptables la tensión arterial, agrupados en 5 ítems.

3) Adherencia terapéutica: La cuál es el apego del paciente a las prescripciones médicas; agrupada en 5 ítems.

4) Apoyo de redes sociales ya que la integración de la vida familiar y comunitaria impulsa al individuo al autocuidado, agrupado en 5 ítems,

5) Depresión: La cual al estar presente influye en que no se desarrolle el autocuidado, agrupada en 5 ítems.

6) Orientación o Intervención educativa: La cuál al realizarse conlleva a la adquisición del conocimiento y manejo de la hipertensión arterial, agrupada en 5 ítems.

Dicho cuestionario se evaluó de la siguiente forma:

Cada pregunta contestada de manera correcta tuvo el valor de 1 punto.

Con autocuidado: 30 ítems.

Sin autocuidado: Menos de 30 ítems.

4.8 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Se aplicó la cédula de medición en áreas de sala de espera de la UMF No. 9 previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) 1101 con el número de registro R-2013-1101-18.

Se entrevistaron 360 pacientes hipertensos los cuáles previa firma del consentimiento informado aceptaron participar en la aplicación del cuestionario. La obtención de los datos fue en promedio de 10 minutos.

Posteriormente se revisaron los expedientes clínicos para registrar peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y obtener la tensión arterial media (TAM) a través de las cifras de presión arterial registradas en las últimas 2 notas de valoración médica de cada paciente encuestado.

Obtenidos los datos de procedió a la captura en hojas de Excel y se creó la base de datos por medio del programa Statical Packeage for the Social Sciences (SPSS^{TM}) versión 21 en español, para realizar el análisis estadístico de la información (búsqueda de valores erróneos de captura, frecuencias simples, porcentajes, medidas de asociación y dispersión).

Los resultados obtenidos se confrontaron con estudios publicados respecto al tema de investigación.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, se considera este estudio como "investigación sin riesgo".

Para la realización de este estudio no se contravino la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52º, en Edimburgo, Escocia en el año 2000. Y en base a lo establecido en la enmienda realizada en Tokio en 1975 el presente estudio fue revisado y aprobado por el comité local de investigación y bioética de la institución a la cual pertenezco. (50)

La presente investigación se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos del Código Internacional de Ética, conocido como Código de Nüremberg y por lo tanto se evitó todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que se incluyeron en el estudio; participando personas física y mentalmente aptas.

De la misma forma dicho estudio se abordó de acuerdo a los establecido en el Informe Belmont, el cual fue elaborado en 1978 por la National Comisión for the Protection of Human Subjets of Biomedica Reserch en los Estados Unidos, cuyos principios fundamentales son el respeto, la autonomía y la seguridad de las personas que se incluyeron en el estudio, de la misma forma el beneficio y la utilidad de éste, será de beneficio para toda la sociedad en general. (50)

En conclusión se consideró lo siguiente:

Previa aprobación del Comité de Investigación en Salud, contando con el consentimiento informado y documentación por escrito, se efectuó el reclutamiento equitativo de los participantes en la investigación, brindando protección especial a los grupos vulnerables y realizando revisiones continúas de la investigación aprobada.

5. RESULTADOS

Se obtuvieron resultados de n=360 participantes; de los cuáles 180 correspondieron al turno matutino y 180 al turno vespertino (fig. 1), 73.8% (246) de los participantes fueron mayores de 61 años, con una edad media de 81.4 años (Rango 21 a 92 años) (fig. 2), en relación al sexo 236 (66%) son femeninos y 124 (34%) masculinos, (fig. 3); respecto a la escolaridad 163 (45.3%) cuentan con educación primaria, seguido de los que refirieron ser analfabetas con una frecuencia de 90 (25%), 63 (17.5%) cuentan con educación secundaria, 14 (3.9%) con educación preparatoria y 30 (8.3%) con licenciatura. (fig. 4).

En relación a la ocupación 195 (54.2%) se dedican al hogar, 104 (36.1%) son económicamente activos, 51 (14.2%) son pensionados y 10 (2.8%) son desempleados, (fig. 5). Por estado civil predomino el casado con una frecuencia de 243 (67.5%), seguido del estado de viudez con una frecuencia de 73 (20.3%), (fig. 6). En cuanto a la religión 308 (85.6%) refirieron ser católicos. (fig. 7).

A la evaluación del índice de masa corporal (IMC) encontramos que 166 (46.1%) cursan con obesidad, 89 (24.7%) con sobrepeso y tan solo 105 (29.2%) tienen un peso ideal (fig. 8).

Al evaluar la tensión arterial media (TAM) 213 (59.2%) tienen valores no óptimos y 147 (40.8%) una TAM óptima (fig. 9), de los 213 participantes descontrolados 133 (62.4%) cursan con sobrepeso y obesidad; a la inversa los participantes con TAM óptima presentan una frecuencia de solo 100 (68%) para sobrepeso y obesidad. Encontrando que la mayor parte de la participantes controlados son del turno matutino 100 (68%); en relación con el turno vespertino con una frecuencia de 47 (32%), siendo el sexo femenino el que predomino en el control de la TAM con una frecuencia de 95 (64.6%). La edad que predomino dentro de los pacientes con TAM óptima es del rango de 41 a 80 años con una frecuencia de 131 (89.1%). Dentro del nivel académico y el control de la TAM predominó la escolaridad primaria con una frecuencia de 55 (37.4%) en relación con el nivel de licenciatura con una frecuencia de 16 (10.8%),

En relación al estado civil y su participación dentro del control de la TAM, el casado predomino con una frecuencia de 99 (67.3%), con respecto a la ocupación 75 (51%) de los pacientes con TAM óptima se dedican al hogar; encontrando en segundo lugar a los empleados con una frecuencia de 38 (25.8%); de los cuales 122 (82.9%) refirieron ser católicos. Al evaluar la evolución en años en relación a la TAM óptima encontramos que 120 (81.6%) de los pacientes tienen una evolución de la hipertensión arterial (HTA) de 5 a 20 años.

Del total de la población estudiada predomina la evolución de la HTA de 5 a 10 años con una frecuencia de 138 (38.3%) seguida de la de 10 a 20 años con una frecuencia de 121 (33.6%), (fig. 10). De las complicaciones la enfermedad renal fue la principal referida con una frecuencia de 35 casos (39.7%), seguida de la enfermedad cardiaca con 33 casos (37.5%), el déficit visual con 14 casos (15.9%) y en último lugar la enfermedad neurológica con una frecuencia de 6 casos (6.8%) (fig. 11). Mencionando que la mayor frecuencia de las complicaciones se presentaron en pacientes que tenían entre 11 a 20 años de evolución en donde se identifica el 59% de las mismas, seguida de las complicaciones que se desarrollaron dentro del grupo de 5 a 10 años con una frecuencia de 26 (29.5%). (fig.12). Dentro de estas complicaciones destaca en el grupo de 11 a 20 años la enfermedad renal con una frecuencia de 22 (42.3%), seguida de la enfermedad cardiaca con una frecuencia de 19 (36.5%), el déficit visual con una frecuencia de 10 (19.2) y en menor frecuencia la enfermedad neurológica con 1 caso (1.9%).

De los 360 participantes solo uno cumplió con una evaluación satisfactoria en las 6 esferas para determinar que practica el autocuidado para su enfermedad hipertensiva.

Se determina que la población no tiene autocuidado. Observando que dentro de las 6 esferas evaluadas la población no tiene conocimiento sobre la hipertensión y apoyo en sus redes sociales con una frecuencia de 1 (0.3%) y 2 (0.6%) respectivamente a la inversa la esfera que predominó de manera importante es el estilo de vida con una frecuencia de 83 y un porcentaje del 23.1%, seguida de la adherencia terapéutica con una frecuencia de 18 (5%). (fig. 12).

Se encontró que dentro de estas 6 esferas hubo predominio del sexo femenino con una distribución dentro de la esfera de conocimiento de 1(100%), en la esfera de estilo de vida 59 (71%), en la adherencia terapéutica 12 (66.6%), en la esfera de depresión 2 (66.6%) y en intervención educativa 12 (70.5%). Solo en la esfera correspondiente a redes sociales hubo una igualdad entre ambos sexos de 1 a 1 (50%).

3 pacientes se detectaron con algún grado de depresión; a los cuales se le brindo consejería médica y fueron canalizados a psicología médica.

Dentro de la esfera de intervención educativa la población encuestada refirió que recibieron orientación por parte del personal médico y de enfermería con una frecuencia de 17 (4.7%), y solo el 18.3% de la población encuestada refirió asistir a platicas de autoayuda, de los pacientes que acudían a dichas platicas solo el 4.7% tenía una TAM óptima.

FIGURA No 1 FRECUENCIA DE EDADES POR GRUPOS

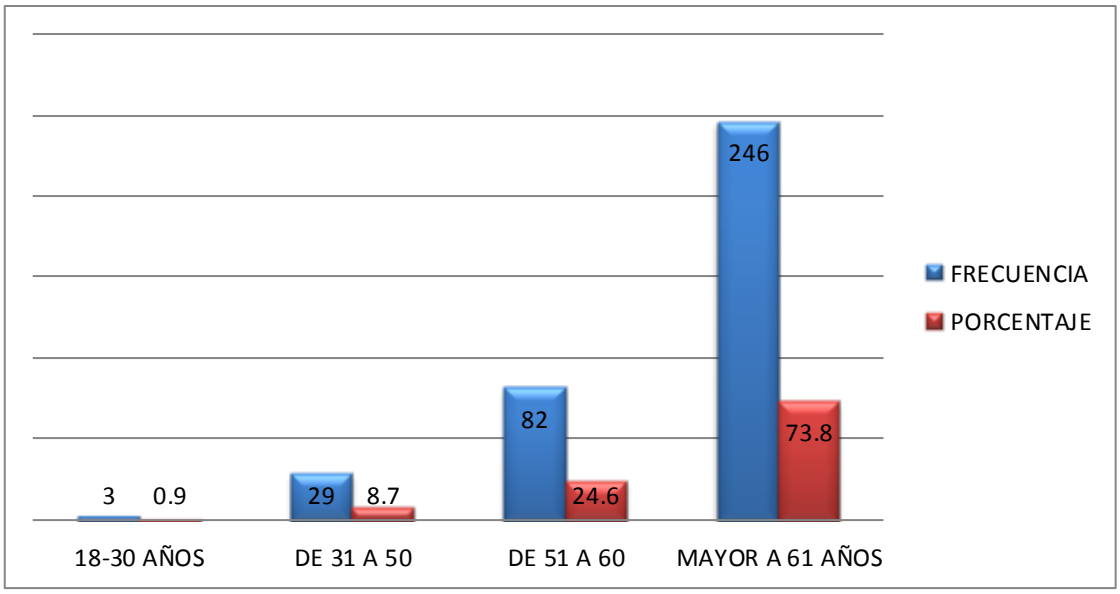


FIGURA No 2 DISTRIBUCION POR SEXO

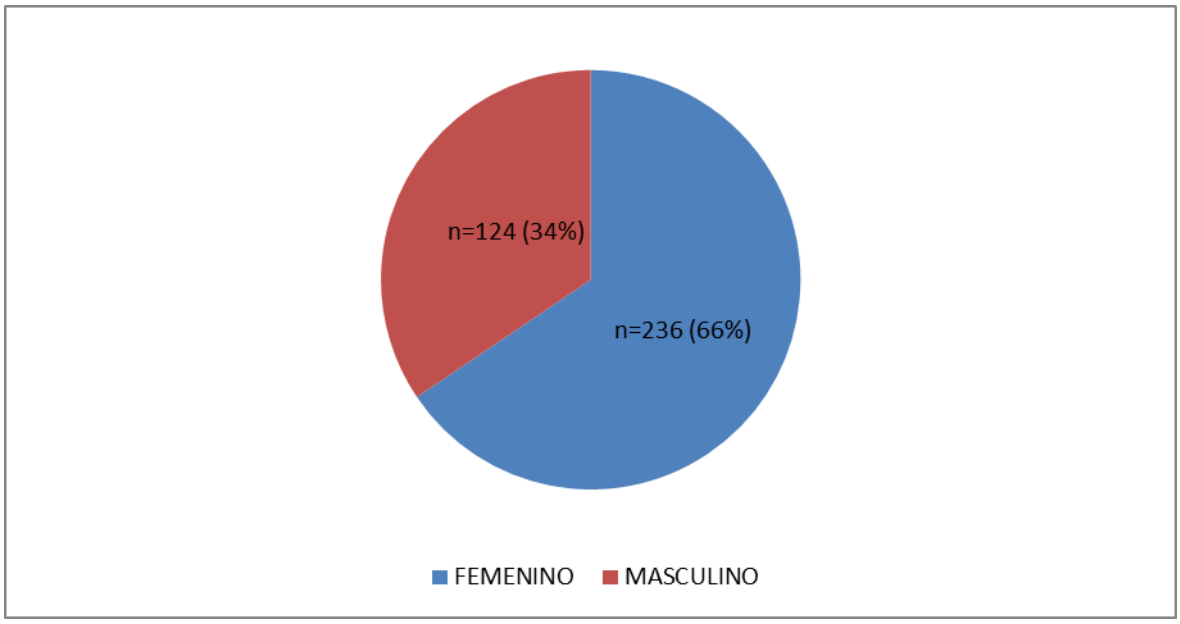
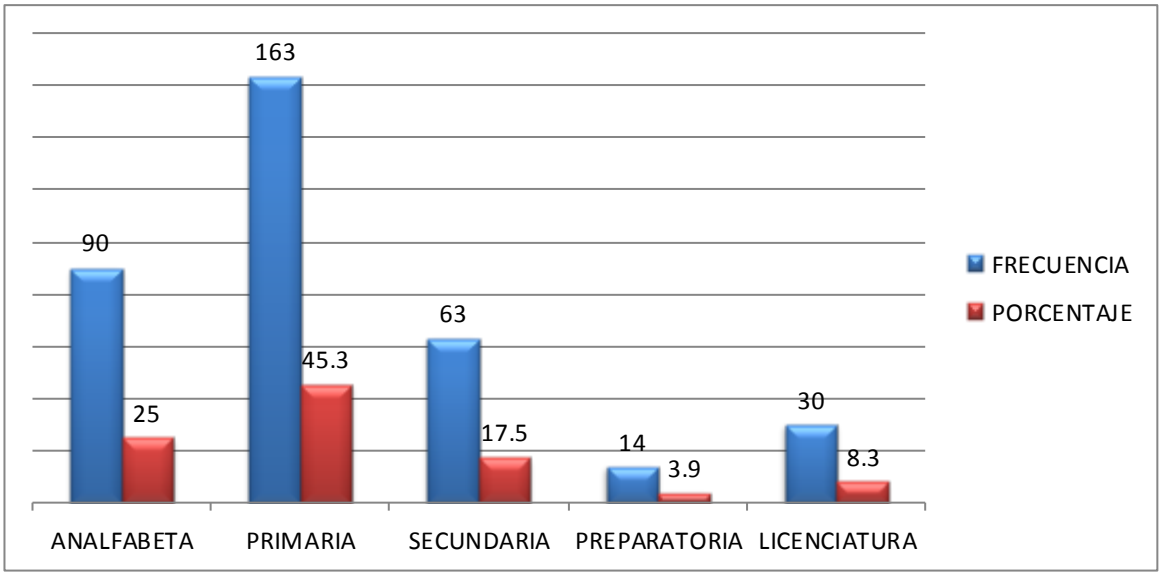
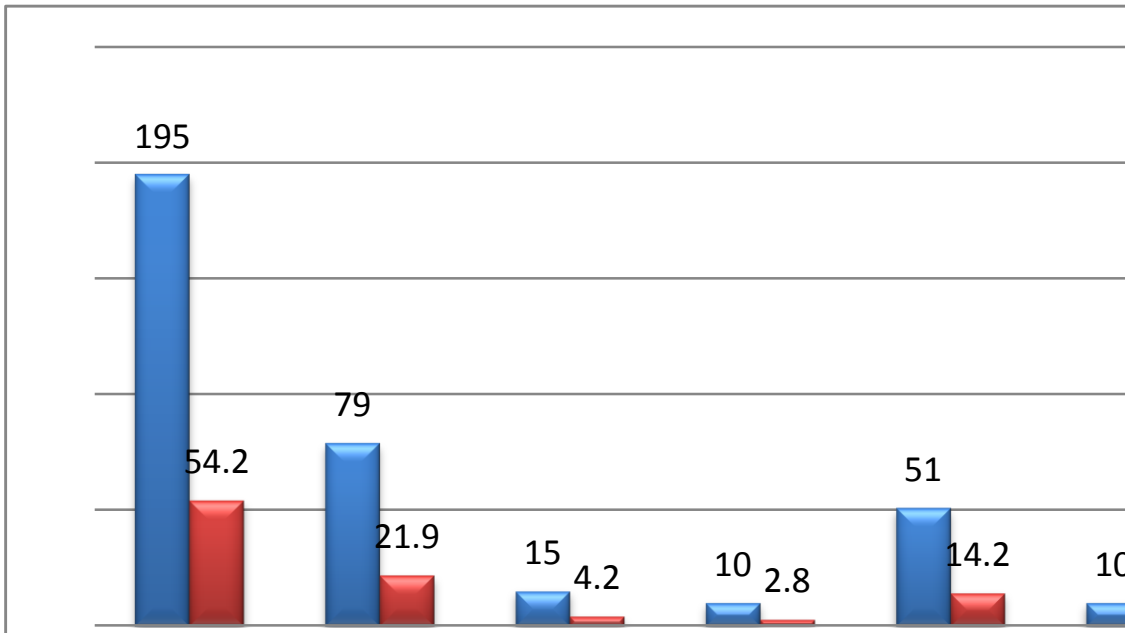


FIGURA No 3 ESCOLARIDAD



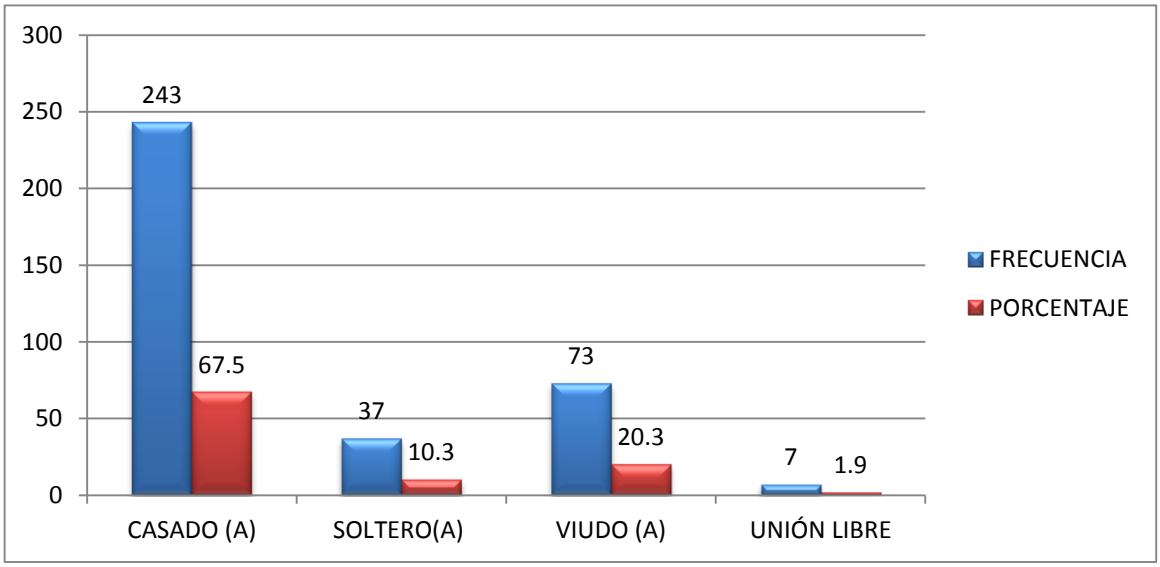
La escolaridad que predominó en la población encuestada fue la primaria.

FIGURA No 4 OCUPACIÓN



La ocupación predominante fue ama de casa.

FIGURA No 5 ESTADO CIVIL



El estado civil casado fue el más frecuente.

FIGURA No 6 RELIGIÓN

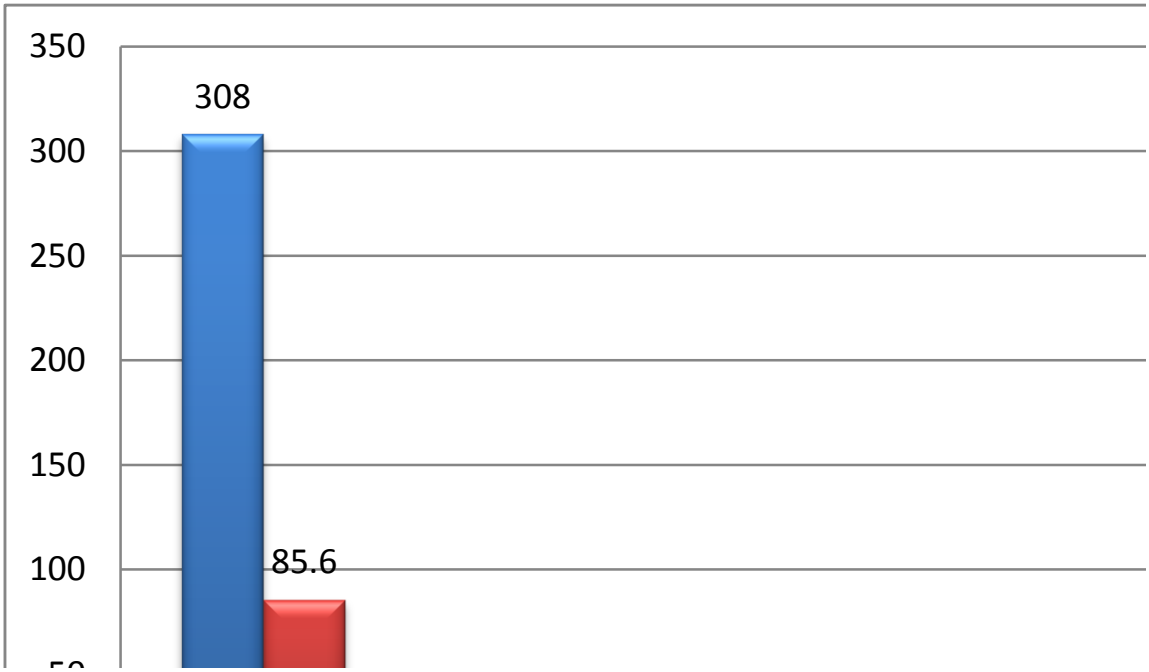
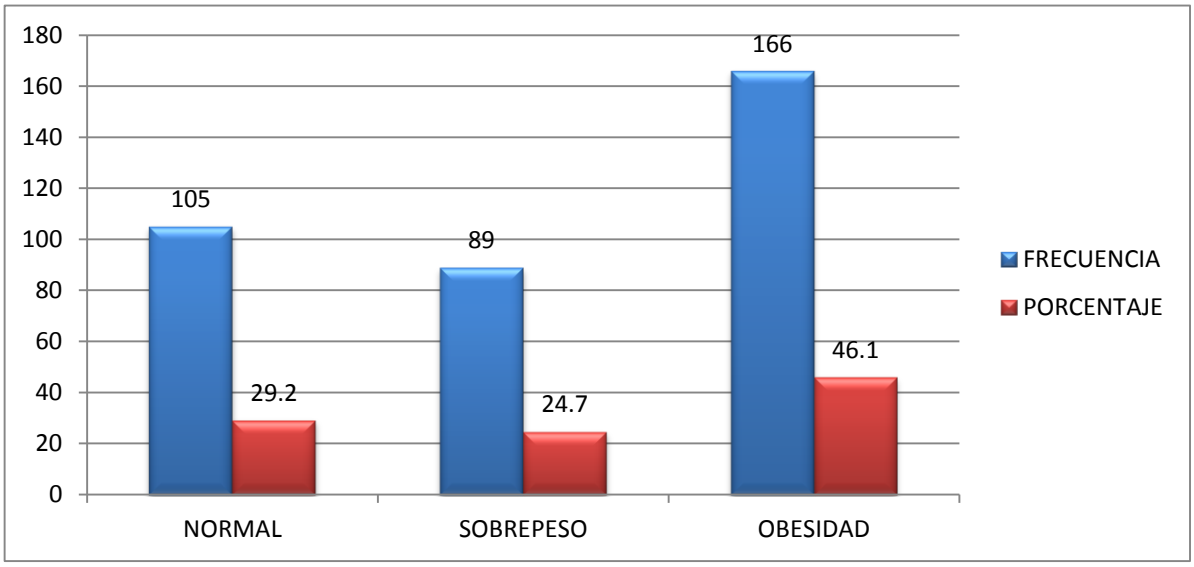
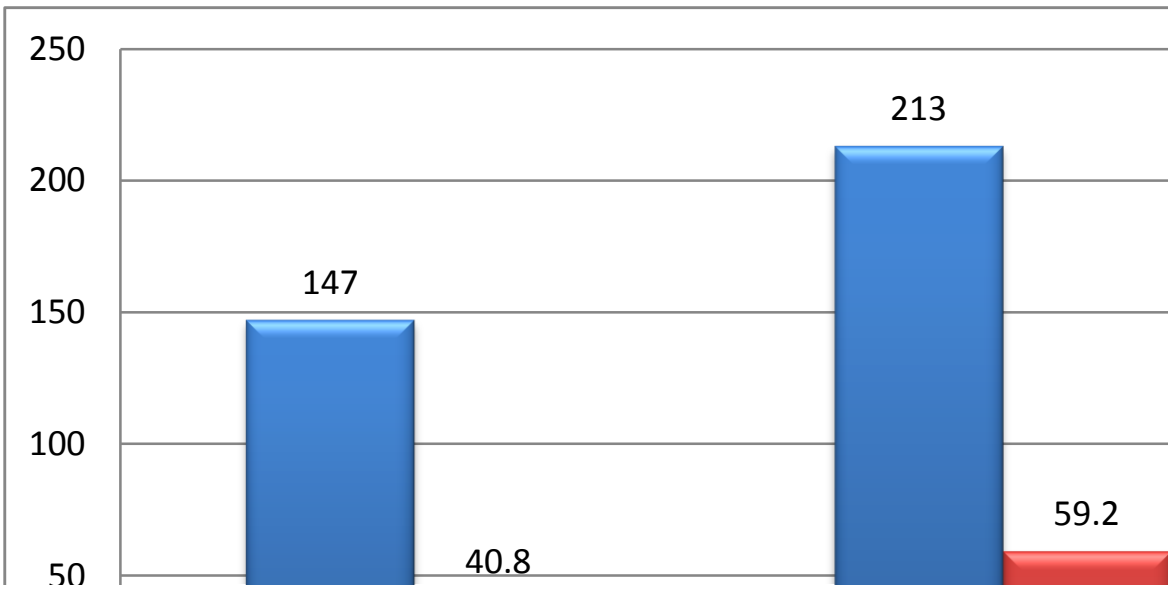


FIGURA No 7 INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)



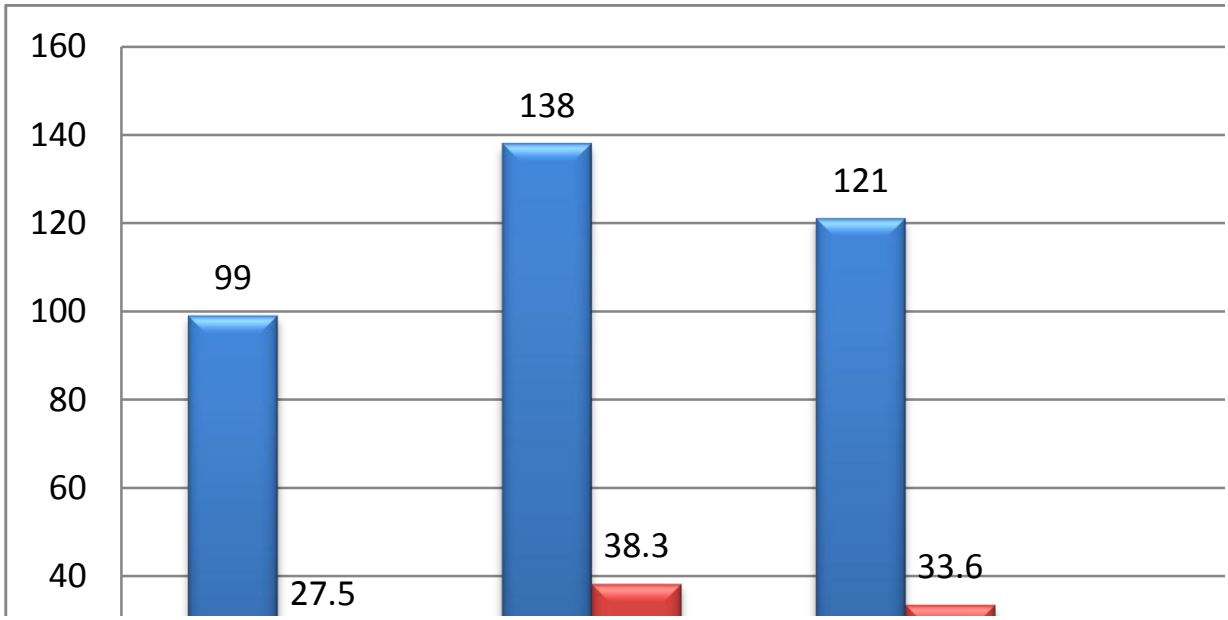
En la mayor parte de la población encuestada predominó la obesidad.

FIGURA No 8 TENSION ARTERIAL MEDIA (TAM)



La tensión arterial media más frecuentemente encontrada en la población hipertensa fue la no óptima.

FIGURA No 9 TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL



.

FIGURA No 10 COMPLICACIONES

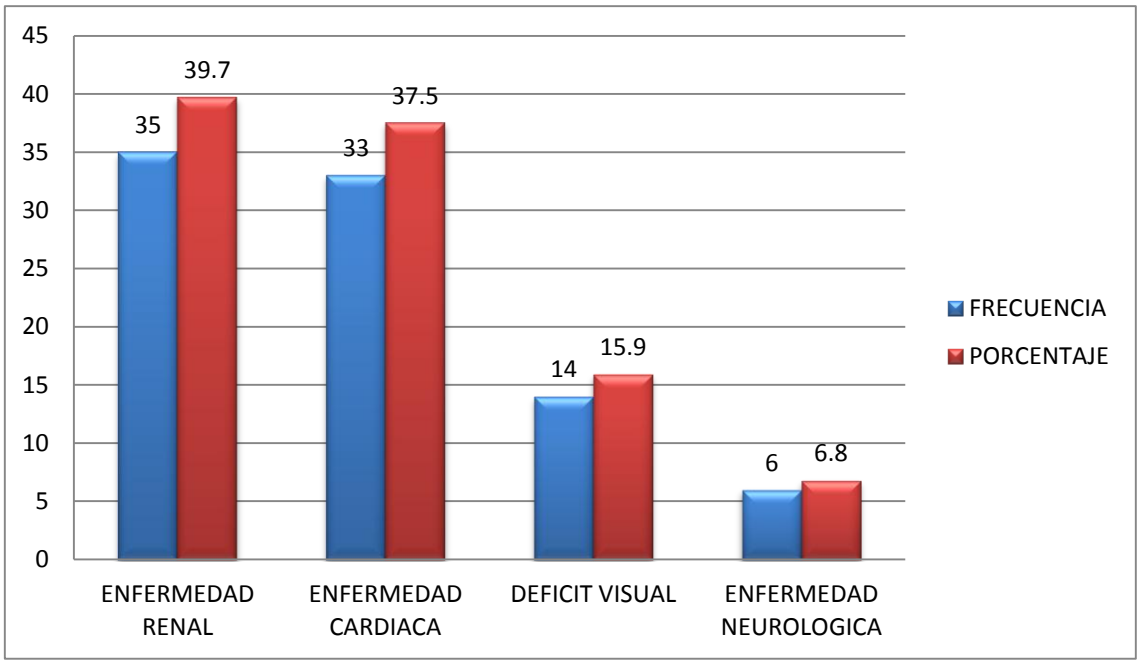
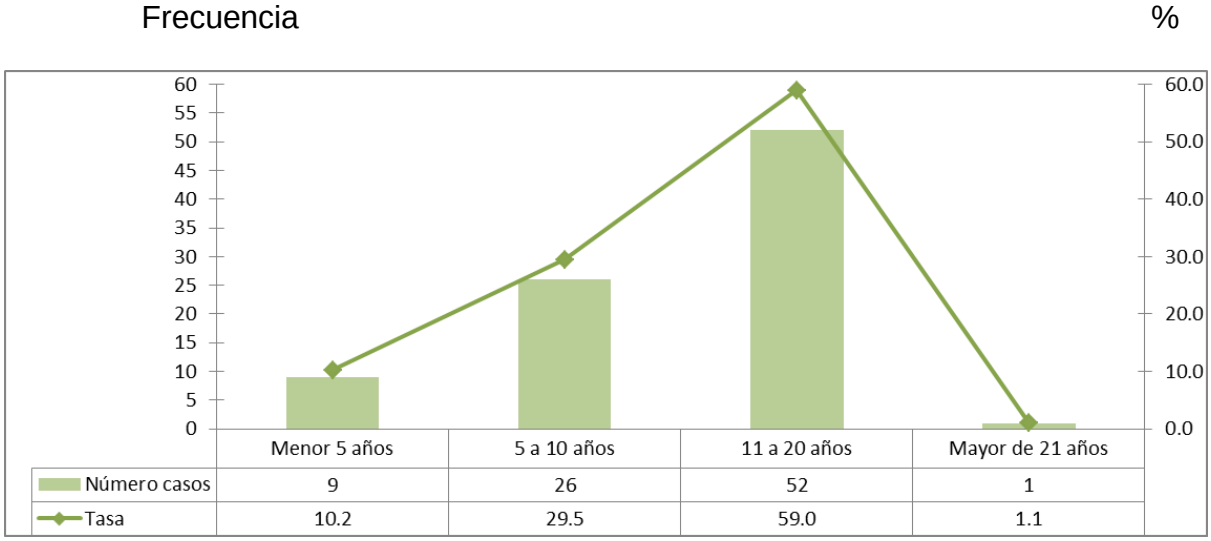
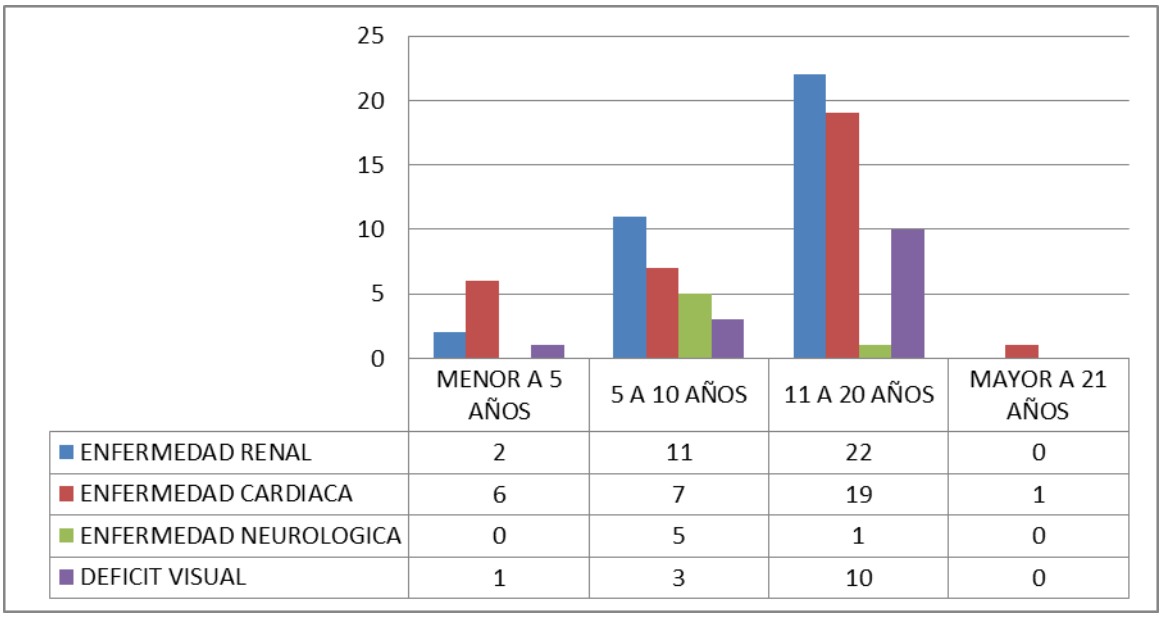


FIG. No 11 COMPLICACIONES GENERALES EN RELACIÓN AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN (AÑOS) DE LA HTA



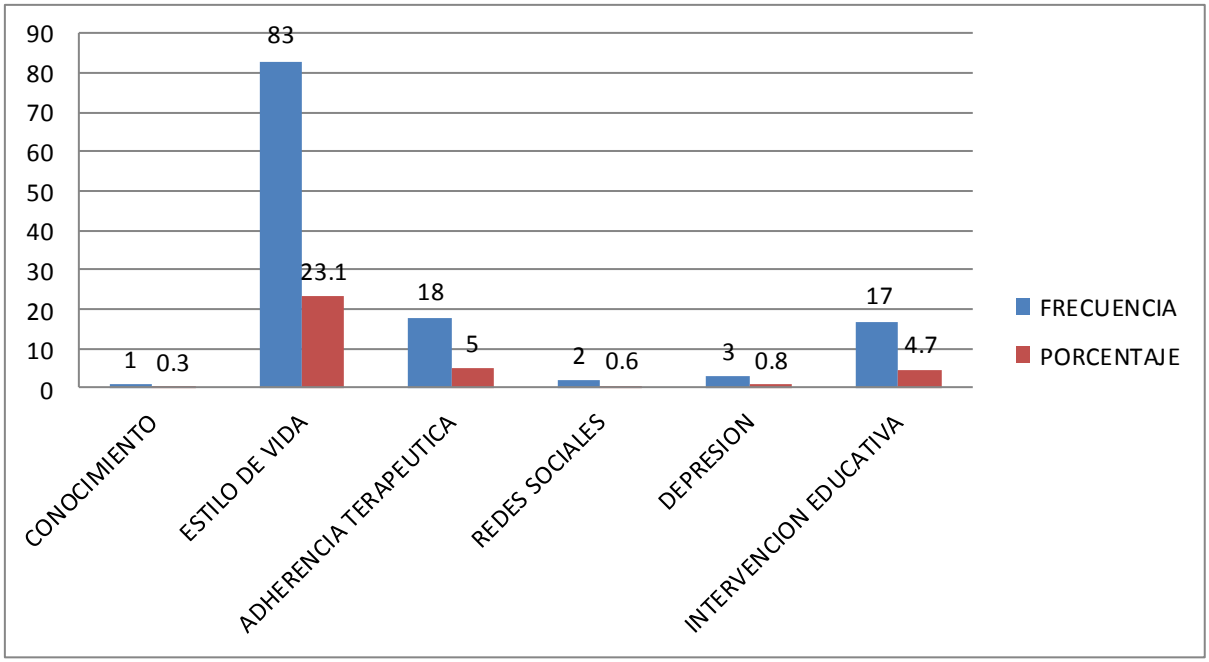
La mayor frecuencia de las complicaciones se desarrollaron dentro de un periodo de evolución de la HTA que oscila de los 11 a 20 años con una frecuencia de 52 (59%).

FIGURA No.12 APARICIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN DE LA HTA



La enfermedad renal predominó en el rubro de 11 a 20 años con una frecuencia de 22 (42.3%)

FIGURA No 13 AUTOCUIDADO



De los 360 participantes solo uno cumplió con una evaluación satisfactoria en las 6 esferas para determinar que practica el autocuidado para su enfermedad hipertensiva.

Una de mis limitantes de estudio es que fui metodológicamente estricta para determinar el autocuidado; no se cumplió con los criterios establecidos al inicio del desarrollo del estudio. Como limitante general no se pueden tener celdas vacías o con menos de 5 para Chi^2.

No se concluyó la asociación del autocuidado con el control de las cifras tensionales.

6. DISCUSIÓN.

Resultados publicados por Landeros et al (2004) demuestran que los pacientes hipertensos perciben mejor sus capacidades de autocuidado en situación de enfermedad [26]; lo cual se contrapone con lo encontrado en nuestro estudio en el que solo el 0.3% de la población hipertensa tiene autocuidado; lo cual se asocia a un menor porcentaje de pacientes con control hipertensivo (40.8%).

En cuanto al género destacó en el control de la TAM el sexo femenino contrario a los resultados publicados por Mendoza et al (2004) en el que el género masculino tiene mayor cumplimiento terapéutico probablemente por el rol que desempeña la mujer en el cuidado del hombre; sin embargo en nuestro estudio no se puede tomar este resultado concluyente ya que la mayor parte de nuestra muestra fue del género femenino. [25]

En relación al estado civil y control de la TAM preponderó el casado lo cual concuerda con los resultados publicados por Mendoza et al (2004) en donde dicho estado civil se vio reflejado en el control tensional; esto justificado por los cuidados que se otorgan al vivir en pareja. [25]

Al evaluar la TAM óptima y la escolaridad solo el 10.8% tenía licenciatura, predominando la escolaridad primaria con un 37.4% a diferencia de lo publicado por Tenahua et al (2007) en el que concluye que a mayor nivel de escolaridad mayor influencia en el control de la TA. [35] Esto se puede explicar porque la edad media de nuestra población encuestada fue de 81.4 años; siendo la mayoría adultos mayores los cuales no tienen un grado menor de escolaridad.

Araneda et al (2000) [22] publicó que el estado mental intacto está en relación a una menor edad y por ende a un mejor autocuidado; a su vez Millán (2010) determina en su estudio que a mayor edad el individuo va perdiendo sus habilidades de autocuidado. [43] En nuestro estudio reforzamos dichas publicaciones ya que se encontró asociación entre una TAM óptima y menor edad, registrando la mayor frecuencia de control hipertensivo en el rango de 40 a 80 años de edad.

En cuanto a la religión y el control de la TAM sobresalió el católico lo cual comparte los resultados publicados por Andrade et al (2011) en los que demuestra en su población estudiada que existe una relación entre la creencia de un ser supremo y la disminución de la presión arterial. [47]

Germán et al (1994) demostró la eficacia del autocuidado en el control de la hipertensión [20] En nuestra población estudiada solo el 0.3% tiene autocuidado y esto está relacionado directamente con un porcentaje mayor de pacientes con TAM no óptima.

Varela et al (2005) demuestra la relación que existe entre la adopción de estilos de vida saludables y el control hipertensivo.[27] a pesar de que obtuvimos que el 23.1% de la población conoce los estilos de vida saludable no se vio reflejado en el porcentaje de pacientes con un peso ideal, ya que el 62.4% de nuestros hipertensos cursan con obesidad y sobrepeso; ésto porque la población no aplica el conocimiento del autocuidado en su vida diaria; dicho resultado coincide con lo publicado por Lara et al (2011) en el que el conocimiento de los pacientes hipertensos no determina una actitud positiva hacia el autocuidado lo que se manifiesta en hábitos inadecuados. [45]

Nuñez et al (2000) en su estudio publica que el consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de hipertensión arterial y respalda las recomendaciones sobre que la reducción en su consumo es una medida para prevenir la hipertensión. [41] Al evaluar el alcoholismo en nuestro estudio no se obtuvo una muestra significativa; (6.6%) pero se debe tener en cuenta que el mayor porcentaje de la población encuestada fue mujer y pudo haber influido en el porcentaje obtenido.

Resultados publicados por Stiepovich et al (1994) demuestran que la disminución de las cifras sistólicas y diastólicas obedece al efecto de la aplicación de la consejería personalizada y en pacientes hipertensos, [21] resultados que no se encontraron en nuestra población, ya que solo el 4.3% recibió consejería y solo el 18.3% fueron canalizados a grupos de autoayuda; se encontró baja frecuencia en el fomento a la educación en salud y orientación medica; en consecuencia esto impacta en la

adherencia terapéutica y contribuye al descontrol hipertensivo. Solo el 5% de nuestros hipertensos es adherente lo que refuerza lo publicado por Acosta et al (2003) en que la falta de adherencia al tratamiento se debe a que los pacientes no reciben educación suficiente y adecuada y por ende no modifican sus conductas en salud. [24]

Vinaccia et al (2006) [29] y Faquianello et al (2011) [48] demostraron en sus estudio la influencia del el apoyo emocional (29.0%) e interacción social (14%) en el apego al tratamiento antihipertensivo, en nuestra población solo el 0.6% refirió tener apoyo de sus redes sociales lo que explica que solo el 40.5% tenga TAM óptimas.

Agamael et al (2007) publica en su estudio que la soledad (63,91%) dificulta la práctica del autocuidado; siendo el factor psicológico más determinante en la no adherencia [36] en nuestro estudio no se concluyó esta relación ya que no se encontró significancia estadística entre la depresión (soledad) para evaluar el autocuidado ya que solo el 0.8% de la población encuestada cursaba con algún grado de depresión al momento de aplicar nuestro estudio.

7. CONCLUSIONES

Los resultados del estudio demuestran que la población hipertensa adscrita a la UMF 9 no practica el autocuidado, esto explica que más de la mitad esté descontrolada. Destacando que 1 de cada 4 pacientes tiene más de 5 años de evolución.

Es alarmante que solo el 0,3% de la población hipertensa encuestada tenga autocuidado recalcando que alrededor del 71% de la población tiene una evolución de la enfermedad que oscila entre los 11 a 20 años derivado de esto se esperaría que tuvieran un adecuado control de sus cifras tensionales al cursar con una patología de larga evolución; secundario a esto encontramos que el 59% a desarrollado alguna complicación procedida del mal control de su enfermedad.

Al evaluar las 6 esferas del autocuidado, la esfera de estilos de vida obtuvo una frecuencia de 83 (23.1%) del total de la población encuestada; sin embargo a pesar de que los hipertensos dijeron conocer los estilos de vida saludables no los aplican en su vida diaria; lo cual se evidencia en el mayor número de pacientes con TAM no óptimas.

Encontramos en nuestro estudio que el mayor porcentaje de hipertensos son adultos mayores lo cual los coloca en algún grado de dependencia para practicar el autocuidado.

Factores como estilos de vida insanos, la pobre adherencia terapéutica, la falta de apoyo de las redes sociales y una pobre intervención educativa por el personal médico y de enfermería influyen directamente en el autocuidado y por ende en el control de las cifras tensionales. No logramos concluir en nuestro estudio si la depresión influye directamente en el descontrol hipertensivo ya que el porcentaje detectado en la población encuestada fue mínimo (0.8%).

Concluimos que nuestra población hipertensa no está recibiendo información por parte del personal que otorga la atención médica y de enfermería; se hace necesario establecer programas específicos dirigidos a la educación de la población hipertensa mayor y sus familiares, debemos desarrollar estrategias educativas que promuevan la participación de la persona en su autocuidado, en donde el paciente hipertenso sea

capaz de modificar conductas, cambiar su visión y sentido del conocimiento, mediante acciones de educación para la salud con enfoque preventivo.

Debemos considerar el proceso educativo como un recurso terapéutico indispensable e insustituible en el tratamiento de los pacientes hipertensos.

Existen múltiples experiencias que demuestran que las reuniones en grupos brindan posibilidades al trabajo de educación en salud, ya que refuerzan el mensaje individual recibido en consulta, dicha educación puede potencializarse mediante la incorporación de la ayuda familiar en relación a la alimentación, uso de medicamentos, y acompañamiento familiar a citas médicas lo cual impactaría la calidad de vida del paciente hipertenso y lo apegaría a un autocuidado.

8. RECOMENDACIONES

Realizar promoción temprana a través de campañas de salud por prestadores de salud sobre autocuidado a la población general con énfasis en ámbitos específicos como la familia, escuelas, comunidad y en grupos de alto riesgo.

El médico familiar deberá informar a los padres de familia en la importancia de practicar el autocuidado desde la niñez con el fin de reconocer la importancia de adoptar estilos de vida saludables desde edades tempranas.

Fortalecer las prácticas de autocuidado, con la intervención educativa personalizada del personal de enfermería y médicos familiares; a través de sesiones trimestrales a la población hipertensa de cada consultorio, para ofrecer información oportuna que fortalezca el conocimiento del paciente hipertenso en relación a los cuidados de su enfermedad y la prevención de las complicaciones.

Mejorar la eficiencia de la atención médica, a través de capacitación continua a los médicos familiares sobre actualizaciones en el manejo del paciente hipertenso.

Vigilar la asistencia de los pacientes al grupo de ayuda SHODI para asegurar la adherencia terapéutica y modificaciones en el estilo de vida.

Que el médico de primer nivel canalice de manera oportuna a los pacientes hipertensos a servicios como nutrición y al centro de seguridad social para realmente implementar cambios en la alimentación y realización de actividad física.

Solicitar apoyo de trabajo social para llevar a cabo visitar domiciliarias a pacientes detectados en la consulta que no tienen apoyo en sus redes sociales para involucrar de manera dinámica a los familiares en el cuidado del paciente hipertenso.

Que el médico de atención primaria envié a psicología a pacientes detectados durante la consulta con algún grado de depresión para asegurar la adherencia terapéutica.

El médico de primer contacto deberá proporcionar un censo actualizado de su población hipertensa para llevar un control del número de pacientes hipertensos controlados y descontrolados y en base a dichos resultados generar propuestas de mejora para dicha problemática.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, l991-2002, Rev med IMSS 2003; 41 (5): 441-448

2.-La salud en México: 2006-2012. Visión de funsalud 1ed. Disponible en:www.funsalud.org.mx/visión_2006-2012/documentos/VISION%20salud.pdf consultado el 24 de febrero del 2013

3.-Cruz Corchado, Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México, 2001; 71 (1):192-197

4.-Sánchez RA, Ayala M, Baglivu H, Velázquez C, Burlango G, et al. Guía Latinoamericana de hipertensión arterial, Rev Chil Cardiol 2010; 1 (29): 163-167

5.-Rosas M, Lara A, Pastelin G, Velázquez O, Martínez J, Méndez A, etal. Re-encuesta nacional de hipertensión arterial (RENAHTA): Consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovascular, cohorte nacional de seguimiento. Archivos de cardiología de México 2005; 75(1): 96-111

6.-Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Aguascalientes 7 de abril del 2013. Disponible en www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/salud.pdf, consultado el 14 de febrero 2014

7.-Ledesma F, Flores O, Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria; Gac Med Caracas 2008; 116(4):330-340

8.-Villareal E, Quiroz AM, Garza ME, Rocha G, Salinas AM, Handal M, Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México Revista salud pública México 2002; 44(1):7-13

9.-Leyva R, Venegas DE, Model AG, La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso, Revista de investigación clínica 2011; 63 (4): 376-381

10.-González VM, Balaguer I, Barrue P, González R, Llagostera I, Sánchez P, et al Autocuidado y educación terapéutica en la hipertensión arterial una revisión integradora, Revista científica de enfermería 2013; 1 (7): 1-2

11.-Martínez R, Rubiales Ma. Intervención enfermera para mejorar el autocuidado en pacientes con patología crónica "aprenda a comer" Disponible en www. Codem.es/intervención_enfermera_auticuidado_patologia_cronica. Consultado el 12 de marzo 2014

12.-Busquets Diviu Roser, Educación de enfermería para el autocuidado y control de la hipertensión arterial en personas con hipertensión arterial crónica. Disponible en http://hdl.handle.net/2072/234157. Consultado el 20 de septiembre, 2014

13.-Navarro P. Catro S. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería, Revista cuatrimestral de enfermería 2010; 1(19):1-4

14.-Acosta L.P. García A. Caracterización de los programas para la prevención y control de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial en el primer nivel de atención en San Luis Potosí (México).RESPYN 2010; 11(4):1-8

15.-Sánchez R, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Borlando G, Kohlmann O, et al. Latín American guidelines of hypertension, journal of hypertension 2009; 27(5):902-922

16.-Muñoz Franco Norma E. Reflexiones sobre el cuidado de si como categoría de análisis en salud. Revista de Salud Colectiva 2009; 5(3): 1-11

17.-Pereda Acosta Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol 2011; 10(3):163-167

18.-Valadao Cade Nagela, A teoría do déficit do autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Revista latino am enfermagem 2001 9(3): 43-50

19.-Sapag J.C. Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedad crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Pública 2010; 27(1):1-9

20.-German C, Zunzunegui MV, Contreras E, Blanco E, Salas A. The control of arterial hypertension in primary care: evaluation of a programme of self-care. Rev Atención Primaria 1994; 13 (1):218-224

21.-Stiepovich J, Paravic T, Garfec C, Díaz H. Effects of personalized counseling in the reduction of pressure levels in patients with severe essential hypertension. WHO-1. Rev. latino-am enfermagen-Ribeiraopreto 1994; 2(1): 19-30

22.-Araneda G, Lund XI, Jiménez. Cultura de los cuidados. Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del hospital herminda Martin de chillan, Chile, 20001(2):160-165

23.-Jiménez C, López G, Pichardo L. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial Rev Mex enferm Card 2003; 11(1): 11-17

24.-Acosta M, Debs G, De la Noval R, Duenas A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev cubana enferm 2005; 21 (3): 1-8

25.-Mendoza S, Muñoz M, Merino JM, Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile 2006; 1 (34): 65-71

26.-Landeros EA, García JM, Flores NC, García A, Vidal D, Vázquez D, Vázquez A. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. Rev Enferm IMSS 2004; 12 (2):71-74

27.-Varela MA, Arrivillaga M, Cáceres de Correa D, Holguín LE. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Acta Colombiana de Psicología 2005; 4 (5): 69-85

28.-Peredo R, Gómez VM, Sánchez HR, Navarrete ME. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 125-129

29.-Vinaccia S, Quinceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavarría F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Rev psicol 2006; 8:89-106

30.-Castillo D, Coronil O, Gonzalez B, Castillo C, Briseño M. Autocuidado de los pacientes hipertensos en la consulta de cardiología de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejeras (CTEH), estado Carobo Venezuela. Revista Latinoamericana de hipertensión 2006; 1(4): 143-146

31.-Rivera Álvarez LN, Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Revista de Salud pública 2006; 8(3):235-247

32.-Granados G. Róales J.G. Moreno E. Ybarra J.L. Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. International journal of clinical and health psychology, 2006; 8(3): 705-718

33.-Rivera LN, Díaz LP, Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. Rev Cuad-Hosp Clin 2007;(52): 30-38

34.-Bastidas Sánchez CV, Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Revista Avances en enfermería 2007; 25 (2):65-75

35.-Tenahua Quitl I, Landeros E, Linares G, Grajales I. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. Revista de enfermería de cardiología 2004;(41): 19-24

36.-Agamael AP, Hernández R, Cerveral L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento hipertensivo 2008; 12 (5): 1-11

37.-Fernandez AR, Manrique FG. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Bocaya Colombia, suramericana. Revista ciencia y enfermería 2010; 6 (2): 83-97

38.-Velandia A. Rivera L.N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Revista de salud pública 2009; 11(4):538-548

39.-Marquez E, Nieves M, Gil V, Martin JL, Figueroa M, Casado JJ. Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertensión arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo. Rev aten prim 2009; 41(9): 501-510

40.-Hernandez EL, Martínez MD, Landeros O, Capacidades de autocuidado en adultos con hipertensión arterial y adultos sanos. Rev Médica 2009; 17(5):207-211

41.-Nuñez JM, Martinez MA, Bess M, Toledo E, Beunza JJ, Alonso A. Alcohol consumption and the incidence of Hypertension in a Mediterranean cohort: the SUN Study. Rev Esp Cardiol 2009; 62(6): 633-641

42.-Achuri LF, Achury DM, Rodriguez SM, Sepulveda GS, Padilla MP, et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de Segundo nivel. Revista de enfermería 2012: 14(2):63-82

43.-Millan Méndez I.E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería 2010: 26(4):222-234

44.-Berrocal N. Tordecilla C, Herrera E, Factores condicionantes básicos asociados al autocuidado de la salud cardiovascular en personas con hipertensión arterial, Montera 2010; Revista cubana del cuidado de enfermería, ISSN 1794-5232/edición especial. Disponible en:http//unilibrepereira.edu.co/portal/images/stories/publicaciones/cultura_cuidado2012.pdf. Consultado el 13 de marzo del 2013

45.-Lara E.C, Torres Y.C, Moreno M, Actitudes y hábitos ante la prevención. Rev Eferm Inst Mex Seguro Soc 2012; 20(1):11-17

46.-Romero F, Tefaha L. Percepción nosológica temporal del paciente hipertenso mayor de 50 años en la ciudad de Trancas. Revista Facultad de Medicina Trancas 2011; 11 (1):38-42.

47.-Andrade GL, Pinto DR, Moraes O. et al religiosidad e hipertensao; estudio intervencional. Revista formadores, vivencias e estudios, cachoeirac 2011; 4(11): 33-42

48.-Faquinello P, Silva S, Pagliarini MA, La red social como estrategia de apoyo a la salud del hipertenso. Rev. Bras enferm, Brasilia 2011; 64(5):849-856

49.-Vega Angarita Olga M. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cucuta (Colombia) salud uninorte Barranquilla 2014: 30(2):133-145

50.-Mazzanti di ruggiero MA. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticas en juego en la investigación médica con seres humanos. Rev Colom Bioet, 2011; 6(1):125-144.

CAPÍTULO 10

ANEXOS

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
3. ABREVIATURAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

10.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

LUGAR Y FECHA _____

Por medio del presente autorizo mi participación en el protocolo de investigación titulado: **"AUTOCUIDADO ASOCIADO AL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 9.**"

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: R-2013-1101-18.

El Objetivo del estudio es: Evaluar el autocuidado y su asociación al control de las cifras tensiónales en pacientes hipertensos de la UMF 9 de Acapulco, Gro.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder un cuestionario tipo Likert de 30 reactivos con el cual se evaluara el autocuidado y su asociación al control de las cifras tensiónales en el paciente hipertenso. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación o representado en el estudio, que son los siguientes: conocer si practican el Autocuidado de la hipertensión arterial y de esta manera implementar nuevas estrategias de salud y mejorar aquella con las que se cuentan actualmente. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia o representado en el mismo. En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse Investigador responsables: Dra. Vanessa Jiménez Pomposo Médico de Primer Año del curso de especialización en Medicina Familiar. Acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Autocuidado asociado al control de las cifras tensiónales en pacientes hipertensos de la UMF 9 de Acapulco gro.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)
56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

_____
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Dr. Luis Amador Ríos Oliveros

_____ _____
Nombre, dirección, relación y firma Nombre, dirección, relación y firma del Testigo

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

10.2 FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS (CUESTIONARIO)

CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha:_____ Folio:_____ Consultorio:_____ Turno:_____ Edad:____ Sexo: ____

Escolaridad:_____ Ocupación:_____ Estado civil: _____ Religión:_____ Talla:____ Peso: ___ IMC: _____

TAM:_____ Control de la TA_____ Tiempo de evolución de la hipertensión:_____ Complicaciones: _____ NSS: _____

No.	PREGUNTA	OPCION A	OPCION B	OPCION C	OPCION D	OPCION E	OPCION F
1	Marque la cifra de presion arterial que usted debe tener.	150/90	120/70	140/80	170/80	No se	
2	¿La presion arterial alta, el dolor de cabeza y en el pecho indican que esta presentando una complicación?	SI	Posiblemente Si	No	Posiblemente no	No se	
3	¿Conoce cuales son las complicaciones producidas por el descontrol de su presion?	Si	Posiblemente Si	No	Posiblemente no	No se	
4	¿Conoce cual es su peso ideal?	SI	No				
5	¿Busca informacion sobre su enfermedad?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
6	¿Cuándo camina, cuantos minutos al día lo hace?	Nunca	5 a 25 Minutos	30 a 45	45-60	Mas de 60	
7	¿Cuándo siente que le falta sal a la comida se la agrega?	Si	No	Pozole,		Carnes	
8	¿Que alimentos consume para mantener un peso adecuado?	comida frita	carnes rojas	Chicharron	Tocino, jamo, huevo	Blancas	
9	¿Cuándo toma cervezas u otro tipo de bebida alcoholica, cuantas consume?	0	De 1 a 8	De 9 a 15	De 15 a 18	Más de 18	
10	¿Si usted fuma o fumo en los ultimos 20 años marque la cantidad de cigarrillos que consume o consumio semanalmente?	0	< 10	De 10 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	> a 40
11	¿Conoce la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que toma actualmente para controlar su presión?	Si	No				
12	¿Cuándo siente que los medicamentos que toma para la hipertension le afectan lo suspende?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
13	¿Cuándo se siente bien decide suspender los medicamentos de la hipertension?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
14	¿Cree que el tomar los medicamentos para su presión por un tiempo prolongado afecta su salud?	Si	Posiblemente si	No	Posiblemente no	No se	
15	¿Cree que los tés elaborados a base de hierbas, los remedios caseros y realizarse limpias ayudan para el control de su presión?	Si	Posiblemente si	No	Posiblemente no	No se	
16	¿Cuándo presenta algun problema que le afecta fisica o emocionalmente solicita ayuda?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
17	¿Cuándo esta enfermo solicita ayuda en su familia?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
18	¿Cuando esta enfermo solicita ayuda en sus amigos?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
19	¿Algun familiar frecuentemente lo acompaña a sus consultas mensuales?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
20	¿Cuenta con el apoyo de su familia para seguir las indicaciones en el cuidado y elaboración de sus alimentos?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
21	¿Se siente decaido y triste?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
22	¿Siente ganas de llorar o llora frecuentemente?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
23	¿Siente esperanza en el futuro?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
24	¿Tiene problemas para dormir en la noche?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
25	¿Siente que los demas estarian mejor si usted muriera?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
26	¿El personal de enfermeria le orienta sobre los cuidados de su enfermedad?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
27	¿El médico escucha y aclara sus inquietudes cuando acude a consulta?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
28	¿El médico le explica con claridad los horarios de toma de medicamentos asi como la importancia de su toma?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
29	¿El médico le orienta sobre las complicaciones que puede originarle su enfermedad?	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	
30	¿Acude a platicas de autoayuda ? (amor a la vida, centro de seguridad social, SODI)	Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre	

10.3 ABREVIATURAS

1. **TAM**: Tensión arterial media
2. **HTA**: Hipertensión arterial
3. **UMF**: Unidad de Medicina Familiar
4. **OMS**: Organización Mundial de la Salud
5. I**MSS**: Instituto Mexicano del Seguro Social
6. **RENAHTA**: Re-encuesta Nacional de Hipertensión
7. **ECEA:** Enfermedades crónicas esenciales del adulto
8. **ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
9. **INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
10. **PIB**: Producto Interno Bruto
11. **EC**: Enfermedades crónicas
12. **RCV**: Riesgo Cardiovascular
13. **PAS**: Presión arterial sistólica
14. **PAD**: Presión arterial diastólica
15. **A.C.**: Capacidad de Autocuidado
16. **A.M.**: Adulto Mayor
17. **EVA**: Escala Visual Análoga del Dolor
18. **CAC**: Capacidades de Autocuidado
19. I**MC**: Índice de Masa Corporal
20. **MOS**: Medical Autcomes Study
21. **CAA**: Capacidad de Agencia de Autocuidado
22. **CAC**: Condiciones de Autocuidado
23. **AAC**: Acciones de Autocuidado
24. **FRCV**: Factores de Riesgo Cardiovascular
25. **ASA**: Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado
26. **NOC**: Nursing Outcomes Clasification
27. **EC**: Enfermedades crónicas
28. **SPSS:** Statical Packeage for the Social Sciences
29. **CLIS:** Comité Local de Investigación en Salud