

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EDUCACION PARA LA SALUD Y EL CONTROL DEL
PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARTHA ANGELICA TORRES VIEYRA

ASESOR TEORICO: DR. CARLOS WALL MONTEJANO
ASESOR METODOLOGICO: DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON



MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES

Vo. Bo.



**DRA. MARTHA BOJSEAUMEAU CARDENAS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

Vo. Bo.

F. Felix Tavera

**DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

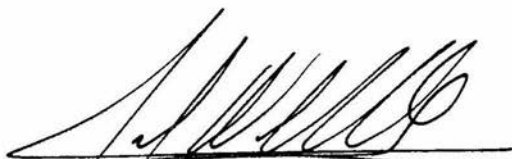
Vo. Bo.



**DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

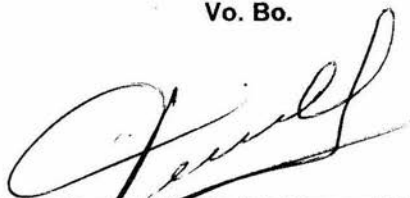
ASESORES DE TESIS

Vo. Bo.



**DR. CARLOS WALL MONTEJANO
MEDICO FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

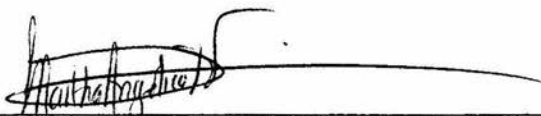
Vo. Bo.



**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON
EPIDEMIOLOGA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21**

TESISTA

Vo. Bo.



**DRA. MARTHA ANGELICA TORRES VIEYRA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme culminar esta etapa, por sus bondades y la fuerza que me ha dado durante toda mi vida, para llegar a donde me encuentro.

A MIS PADRES Y MI HERMANA (CRISTINA, CARLOS Y NANCY)

Por su apoyo incondicional, su ejemplo, su guía, su ayuda en los momentos más difíciles. Gracias por su amor, su paciencia y su comprensión, por que sin ustedes nada de esto hubiese sido posible. Los quiero mucho

A TI ISMAEL, MI ESPOSO, AMIGO Y COMPLICE

Por estar siempre a mi lado, por tu ayuda, tu comprensión, tus desvelos, y tu perseverancia, por que sin tí no imagino mi vida desde que te conocí, por que todos mis logros son tuyos, por compartir siempre tu tiempo, tu amor y tu esfuerzo conmigo y nuestra hija. Te amo.

A TI ABIGAIL MI AMOR MAS GRANDE

Por tu amor incondicional, por tu ternura, tu sonrisa y tu paciencia, por que eres el impulso que me mueve día a día, la razón más grande de mi vida, Te amo pequeña mía.

INDICE

TITULO.....	Pág. 7
ANTECEDENTES.....	Pág. 8
a. Perfil del medico familiar.....	Pág. 8
b. Hipertensión arterial.....	Pág. 9
• Definición.....	Pág. 9
• Epidemiología.....	Pág. 9
• Clasificación.....	Pág. 10
• Control.....	Pág. 10
• Tratamiento.....	Pág. 11
• Metas y Criterios de Evaluación	
Del grado de control.....	Pág. 11
• Cumplimiento terapéutico.....	Pág. 11
c. Educación para la salud.....	Pág. 12
• Definición.....	Pág. 12
• Propósitos del proceso educativo.....	Pág. 12
• Objetivos del proceso educativo.....	Pág. 13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 15
OBJETIVOS.....	Pág. 15
HIPOTESIS.....	Pág. 15
PROPOSITO.....	Pág. 15

MATERIAL Y METODOS.....	Pág. 16
1. Diseño estadístico.....	Pág. 16
• Tipo de estudio.....	Pág. 16
• Universo de trabajo.....	Pág. 16
• Selección de la muestra.....	Pág. 16
• Criterios de selección de la población.....	Pág. 16
2. Variables e Instrumentos de estudio.....	Pág. 18
• Variable independiente.....	Pág. 18
• Variable dependiente.....	Pág. 18
• Variables Universales.....	Pág. 19
• Instrumento de estudio.....	Pág. 20
3. Procedimiento.....	Pág. 20
4. Análisis Estadístico.....	Pág. 21
5. Recursos humanos, materiales y financieros.....	Pág. 21
CONSIDERACIONES ETICAS.....	Pág. 21
RESULTADOS Y ANALISIS.....	Pág. 22
DISCUSION.....	Pág. 45
CONCLUSIONES.....	Pág. 46
SUGERENCIAS.....	Pág. 46
BIBLIOGRAFIA.....	Pág. 47
ANEXOS.....	Pág. 49
• Cédula de recolección de datos.....	Pág. 50

TITULO

**EDUCACION PARA LA SALUD Y EL CONTROL DEL
PACIENTE CON HIPTERTENSION ARTERIAL**

ANTECEDENTES

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR.

En la década de los sesenta en Europa, con el auge de las especialidades, se presenta un declive en la medicina general, para atender las demandas de la población, de ahí surge la necesidad de un nuevo modelo de atención médica, un especialista entrenado para la atención integral y continua del paciente y su familia, planteándose una reforma en el Modelo de Atención Médica, así tras la conferencia de Alma Ata en 1978, se confirma el papel nuclear de la Atención Primaria en el proceso de reorientación de los sistemas sanitarios, para alcanzar la "Salud para todos en el año 2000".^{1,2,3}

La especialidad de Medicina Familiar en México, surge en 1953 a consecuencia de la problemática en los servicios asistenciales del IMSS, médicos de Nuevo Laredo Tamaulipas, establecieron ante la pobre organización, una táctica de trabajo en la que al médico adscrito se le asignaba un número fijo de pacientes, estableciéndose tiempo para la consulta externa y para las visitas domiciliarias, evaluando ventajas y beneficios para el Derechohabiente, el Médico y la Institución. En 1955, se creó el Sistema Médico con la categoría de Medicina de Familia de niños y adultos.^{4,5}

En 1974 la UNAM reconoce la disciplina como especialidad en Medicina Familiar. La medicina de familia es la disciplina medica que desarrolla sus acciones fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, contribuye al enfoque integral de atención de la salud, con un abordaje biopsicosocial de los problemas del individuo y su familia.^{1,6}

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) define al medico familiar como: "El profesional responsable de proporcionar atención integral, continua y preventiva a todo individuo y familia que solicite asistencia medica sin limitar la accesibilidad de sus servicios e interactuando con otros profesionales de la salud, que prestaran sus servicios cuando sea necesario."⁷

El médico familiar es generalista, al contrario de otros especialistas, que limitan sus servicios en función de edad, sexo y diagnóstico de los pacientes, atiende al individuo en el contexto de la familia y esta en el contexto de la comunidad a la que pertenece, no toma en cuenta raza, religión, cultura o clase social. El perfil profesional está relacionado con la practica habitual de trabajo, desarrollándose en el mismo consultorio o centro de salud y formando parte de un equipo de atención primaria, con las características de un buen clínico, investigador, docente, educador, accesible y competente".⁷

Se definen cinco áreas de la práctica profesional del médico de familia:⁷

1. Área de atención al individuo
2. Área de atención a la familia
3. Área de atención a la comunidad
4. Área de docencia e investigación
5. Área de apoyo.

Según Mc Whinney el Médico Familiar está comprometido con la persona y su familia, debe tener conocimiento de las enfermedades, aprovechar la oportunidad que le brindan las consultas frecuentes de sus pacientes para practicar la medicina preventiva e impartir educación sanitaria, trabajar en el consultorio, en la casa del paciente y en el hospital y actuar como administrador de recursos.⁸

HIPERTENSION ARTERIAL

DEFINICION

La HAS es una enfermedad de etiología múltiple caracterizada por elevación persistente de la presión arterial sistólica, diastólica o de ambas.¹⁴

Las condiciones que favorecen la presentación de la HAS, que la preceden y pueden predecir su aparición son llamados factores de riesgo entre los que se encuentran:

- Factores de riesgo modificables: Diabetes Mellitus (DM), Hipercolesterolemia, sedentarismo, sobrepeso, alimentación inadecuada, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol, e ingesta excesiva de sal.
- Factores de riesgo no modificables: sexo, antecedentes familiares, edad. La prevención de los factores de riesgo y sobretodo la educación a los individuos con HAS, y a la población general parecen ser las mejores armas disponibles para la lucha contra enfermedades crónico degenerativas.¹⁵

La HAS es un factor de riesgo importante en las enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal. Estudios prospectivos, indican que personas con presión sistólica de 160 mmHg y Diastólica de 105 o más aumentan 10 veces el riesgo de evento cerebro vascular y 5 veces el de episodios coronarios.¹⁶

EPIDEMIOLOGIA

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica con una alta tasa de incidencia en nuestro país y a nivel mundial, con una prevalencia a nivel nacional de 26.6%, que afecta principalmente a personas adultas en etapa reproductiva predominando a partir de la cuarta década de la vida y sus complicaciones influyen de manera muy importante en la esperanza y en la calidad de vida.^{9,10}

En México la Hipertensión Arterial (HAS) es un problema serio. Si se considera solo a la población de 20-69 años de edad, hay mas de 15 millones de mexicanos con hipertensión, de ellos, el 61% ignora que es hipertenso, y solo el 20% esta bajo control. Esta cifra explica por que se estima que en nuestro país una persona muere cada 3 minutos debido a la hipertensión arterial.¹¹

Con respecto al diagnóstico en La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónico Degenerativas se encontró que cerca del 60% de los Hipertensos no se reconocen como tal. La Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) reconoce la existencia de 8 a 10 millones de pacientes con esta enfermedad.¹²

Por la magnitud y trascendencia de los programas de salud y tomando en cuenta la morbimortalidad de la hipertensión arterial ya que ocupa el segundo lugar en la UMF No. 21 se deben intensificar y reforzar la detección y control para lo cual están involucrados todos los integrantes del equipo de salud. La prevalencia en la UMF 21 es de 4464 pacientes hipertensos hasta marzo del 2003.¹³

CLASIFICACION

Para el diagnóstico de la HAS se utilizan los siguientes criterios según la OMS¹⁷

A) PRESIÓN ARTERIAL NORMAL

- 1) PRESIÓN ARTERIAL ÓPTIMA:** <120/80 MM DE HG
- 2) PRESIÓN ARTERIAL NORMAL:** 120-129/80 - 84 MM DE HG
- 3) PRESIÓN ARTERIAL NORMAL ALTA:** 130-139/ 85-89 MM DE HG.

B) HIPERTENSION ARTERIAL

- 1) ETAPA 1:** 140-159/ 90-99 MM DE HG
- 2) ETAPA 2:** 160-179/ 100-109 MM DE HG
- 3) ETAPA 3:** $\geq 180 / \geq 110$ MM DE HG

GRUPO A = Sin factores de riesgo ni daño a órgano blanco o enfermedad clínica vascular

GRUPO B = Por lo menos un factor de riesgo, pero sin Diabetes ni daño a órgano blanco o enfermedad clínica vascular

GRUPO C = Diabetes, daño a órgano blanco o enfermedad clínica vascular, con o sin otros factores de riesgo.

CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

En el control de la presión arterial intervienen diferentes mecanismos fisiológicos de cuyo funcionamiento dependerá el mantenimiento de ésta dentro de parámetros normales. El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa.¹⁸

La actuación frente a la HAS comprende tanto medidas higiénico-sanitario-dietéticas (que incluyen reducción de peso, modificación de la dieta, limitar el consumo de sodio, alcohol y cafeína así como tabaco, y realizar ejercicio físico habitual), como tratamiento farmacológico el cual deberá ser utilizado cuando las cifras de presión arterial no se han controlado a pesar del apego al tratamiento no farmacológico. Durante un período de 3 a 6 meses, en pacientes con alto riesgo por daño a órgano blanco o presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.¹⁹

El tratamiento no farmacológico constituye el primer escalón terapéutico. Los cambios en el estilo de vida son en ocasiones suficientes para reducir las cifras de tensión arterial, sistólica y diastólica entre 8-10 mmHg.

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DE ACUERDO CON LA ESTRATIFICACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR¹⁴

PRESION ARTERIAL	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
NORMAL ALTA	*Modificación del estilo de vida	*Modificación del estilo de vida	Tratamiento farmacológico
CATEGORIA 1	*Modificación del estilo de vida hasta por 12 meses	**Modificación del estilo de vida hasta por 6 meses	Tratamiento farmacológico
CATEGORIA 2 Y 3	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico

* Debe asociarse en todos los pacientes con tratamiento farmacológico

** Para pacientes con múltiples factores de riesgo debe considerarse el tratamiento farmacológico como terapia inicial más modificación del estilo de vida.

METAS IDEALES DE TRATAMIENTO Y CRITERIOS PARA EVALUAR EL GRADO DE CONTROL¹⁰

METAS DEL TRATAMIENTO	BUENO	REGULAR	MALO
TA mmHg	< 140/90	140/90-160/95	>160/95
Colesterol total	<200 mg	200-239	≥240
IMC	<25	25-27	>27
Sodio	<2.4 gr día	-	-
Alcohol	Evitar este hábito	-	-
Tabaco	Evitar este hábito	-	-
Triglicéridos (mg/dl)	<150	150-200	>200

CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

El cumplimiento terapéutico se define como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, desde el punto de vista de hábitos, estilo de vida o tratamiento farmacológico.²⁰

Para la mejora del cumplimiento son necesarios programas de intervención educativa y una adecuada relación de los hipertensos con el medio asistencial, que permitan una atención continuada y la participación de diferentes profesionales sanitarios en la atención de estos

pacientes, así como la obtención de un adecuado conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento.²¹

Roter et al tras un meta análisis de 153 estudios que valoraban la efectividad de diferentes formas de intervención para mejorar el cumplimiento, observó que la HAS era una de las enfermedades que se beneficiaban especialmente de cualquiera de ellas. Morisky observó que con una técnica de dinámica de grupo, aumentó el cumplimiento respecto al grupo control en los 2 primeros años, perdiéndose el efecto al transcurrir 5 años. Otros autores al utilizar técnicas de intervención mediante refuerzo conductual o con técnicas de apoyo familiar aumentan el cumplimiento y se mantiene a los 6 meses y los 5 años respectivamente.²²

Un grupo de ayuda mutua está constituido por pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para impartir la capacitación necesaria para el control adecuado de la Hipertensión arterial. Los grupos de ayuda son una estrategia de apoyo social, formada por individuos que comparten una problemática común, organizados y dirigidos por personal de salud debidamente capacitado. El propósito de los grupos de ayuda es que sus integrantes intercambien experiencias, compartan emociones y sentimientos, aprendan sobre su reto o enfermedad, así como el cuidado que implica esta circunstancia, ayuden a otros, fortalezcan su autoestima y aumenten su motivación.²³

EDUCACION PARA LA SALUD

DEFINICION

La educación para la salud se define como la concientización del individuo que influye favorablemente en actitudes y conocimientos relacionados con la mejoría de la salud, personal o comunitario, es un proceso de enseñanza aprendizaje que permite el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectivas.^{24, 25}

PROPÓSITOS BÁSICOS DEL PROCESO EDUCATIVO

1. Lograr un buen control
2. Prevenir complicaciones
3. Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad
4. Mantener o mejorar la calidad de vida
5. Asegurar la adherencia al tratamiento
6. Lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo-efectividad, costo-beneficio y reducción de costos.
7. Evitar la enfermedad en el núcleo familiar.
8. Controlar los factores de riesgo.²⁶

OBJETIVOS DEL PROCESO EDUCATIVO

Un objetivo sería el transmitirle al paciente sobre lo que es ser hipertenso y de los factores que se encuentran relacionados con esta patología, así como fomentar los estilos de vida más saludables y que el paciente opte por las mejores condiciones para afrontar los cambios necesarios en su conducta.²⁷

El objetivo final es mejorar la situación de salud de la población, disminuir la mortalidad y morbilidad y sobre todo prevención de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas, lo cual puede ser llevado a cabo a 2 niveles:

a) Prevención primaria: Es una estrategia dirigida a la comunidad y al grupo de alto riesgo. Es la educación sobre la prevención y control de la hipertensión (reducir la prevalencia del tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, hipercolesterolemia y dieta inadecuada).

b) Prevención secundaria o terciaria promoviendo el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas.²⁸

Todos los pacientes tienen derecho a ser educados por personal capacitado. Por lo tanto es necesario formar educadores en el campo de la Hipertensión Arterial. Esta formación se debe impartir preferiblemente a personas que pertenezcan al área de la salud: médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales o personal voluntario entrenado, pero también se puede brindar a miembros de la comunidad que demuestren interés y capacidad para desarrollar este tipo de actividades, personas con Hipertensión, familiares, etc. en donde el médico debe ser el principal educador con apoyo del equipo de salud.²⁹

En la educación del paciente se hace énfasis en los 3 componentes del tratamiento: alimentación, actividad física y el manejo farmacológico. Las sesiones de educación pueden catalogarse de tipo grupal o individual. Algunas pautas claves durante la sesión de educación son:

- Escuchar las inquietudes del paciente
- Manejar un lenguaje directo apropiado y con ambientación.
- Hacer participar a todo el equipo de salud.
- Incorporar a la Familia y a su entorno inmediato en el proceso educativo.
- Controlar la eficiencia y eficacia de las medidas de educación y de la enseñanza y de las destrezas.
- Trazar objetivos reales derivados del conocimiento de la población y las experiencias alcanzadas.
- Valorar periódicamente los cambios de actitudes del paciente que reflejan la interpretación y puesta en práctica de las enseñanzas recibidas y por último evaluación.

30

Desde que se diagnostica a un paciente hipertenso hasta que llegamos a la fase de auto cuidado, existen una serie de niveles en los que se divide este proceso complejo y que se van a mezclar: Los cambios de actitudes, la incorporación de nueva información, y la necesidad de elaborar alternativas por parte del propio paciente. Para ello como en toda fase educativa que realicemos de manera individualizada deberemos tener presentes las siguientes premisas.

1. Información sincera, adaptada al nivel paciente.
2. Información progresiva, repetitiva y continuada.
3. Constancia escrita de lo que se vaya informando³¹

El médico es y debe ser un educador, y se recomienda que dedique de 3-5 minutos de la consulta a los aspectos más importantes de la educación. Si el personal dispone de enfermeras, nutriólogos, psicólogos, asistentes sociales, la enseñanza y la educación pueden alcanzar mayor eficiencia. Si todos los miembros del equipo multidisciplinario son educadores en hipertensión el control de esta puede alcanzar su mayor eficiencia.

El proceso educativo es parte fundamental del tratamiento del paciente hipertenso ya que facilita alcanzar los objetivos de control que incluye la prevención de las complicaciones a largo plazo y permite detectar la presencia de enfermedad en el núcleo familiar o en la población en riesgo. Gracias al proceso educativo la persona con hipertensión se involucra activamente en su tratamiento y puede definir los objetivos y los medios para lograrlos de común acuerdo con el equipo de salud. La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados que hacen de la hipertensión una enfermedad grave, como la obesidad, el sedentarismo, la dislipidemia, la DM y el tabaquismo.³²

Todo ello mediante la prevención primaria a través de educación para la salud e implantando nuevos programas de educación en este tipo de pacientes, que tienen como objetivo evitar la enfermedad, involucrar al individuo y su familia en el tratamiento e influyendo en todos y cada uno de los factores de riesgo modificables que tenga lugar antes de manifestarse y/o aparezca la enfermedad, la prevención secundaria va encaminada a prevenir las complicaciones y se debe tomar en cuenta básicamente el control de la Hipertensión Arterial y modificar el estilo de vida.³³

En la UMF No.21 la HAS es uno de los principales motivos de demanda de atención, ocupando el sexto lugar de los padecimientos prioritarios con 11 puntos, con una tasa de mortalidad del 42.77, así mismo ocupa el tercer lugar de las principales causas de muerte en la población femenina de 20-59 años, y la segunda causa de muerte en la población masculina, ocupa también la segunda causa de muerte en la población de 60 años y mas.¹⁴

Así mismo en la unidad se cuenta con grupos de apoyo para pacientes con enfermedades crónicas desde el año 1995, coordinados por el personal de trabajo social, con la participación del equipo multidisciplinario, en donde son incorporados los pacientes con enfermedades crónicas HAS y DM, impartiendo 6 sesiones semanales con duración de 1 hora, en el lapso de 1 mes y medio, con un total de 6 cursos durante el año, sobre los aspectos más relevantes de su enfermedad, como son la definición, las causas, la importancia del apego terapéutico haciendo énfasis en la prevención primaria y secundaria. Actualmente forma parte de los programas prioritarios en el IMSS.¹⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿La educación para la salud que se imparte al paciente **Hipertenso** en la UMF 21, contribuye a su control?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar si en el paciente hipertenso las acciones de **educación para la salud** impartidos en los grupos de ayuda, influye para tener un mejor control **de su enfermedad**.

HIPOTESIS:

Los pacientes con hipertensión arterial que reciben **educación para la salud** en los grupos de ayuda de la UMF No. 21 logran un mejor control de sus **cifras tensionales**.

PROPOSITO

El propósito de realizar esta investigación educativa (en sistemas de salud) es conocer si realmente existe influencia en el control del paciente con HAS con la instalación de programas de educación para la salud establecidos por lo programas integrados de salud, siendo importante incidir en este tipo de patologías ya que su curso clínico es progresar hacia las complicaciones tanto agudas como crónicas, por lo **tanto** ayudaríamos a mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes con HAS.

En la UMF No. 21 la HAS es uno de los principales motivos de demanda de atención, ocupando el sexto lugar de los padecimientos prioritarios con 11 puntos, con una tasa de mortalidad del 42.77, así mismo ocupa el tercer lugar de las principales causas de muerte en la población femenina de 20-59 años, y la segunda causa de muerte en la población masculina, ocupa también la segunda causa de muerte en la población de 60 años y mas.

Así mismo en la unidad se cuenta con grupos de apoyo para pacientes con enfermedades crónicas, coordinados por el personal de trabajo social, con la participación del equipo multidisciplinario, en donde son incorporados los pacientes con enfermedades crónicas HAS y DM, formando parte de los programas prioritarios en el IMSS (PREVENIMSS). Por lo tanto considero importante conocer si la educación para la salud que se imparte al paciente Hipertenso en la UMF 21, contribuye a su control.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO ESTADISTICO

TIPO DE ESTUDIO:

- A) De acuerdo al periodo en que se captó la información:
Retrospectivo. Ya que la información de recopiló de 2 años atrás al mes de Octubre del 2003.
- B) De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado:
Longitudinal ya que se realizaron 3 mediciones de las variables con evaluación de la evolución de las mismas. (Presión arterial, IMC, niveles de colesterol y triglicéridos) previas a la incorporación, 6 meses posteriores y actualmente.
- C) De acuerdo a la comparación de las poblaciones:
Descriptivo ya que solo se contó con una población, la cual se describió en función de un grupo de variables.
- D) De acuerdo a la inferencia del investigador en el periodo en el que se analiza:
Observacional ya que solo se describirá el fenómeno estudiado sin modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes Hipertensos adscritos a la UMF 21 que se incorporaron a grupos de ayuda para pacientes crónicos en el año 2001.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para esta investigación no se calculó tamaño de la muestra ya que se tomaron a todos los pacientes Hipertensos que se habían incorporado a los grupos de ayuda para pacientes crónicos en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2001, que concluyeron el curso o que por lo menos acudieron a 5 de las 6 sesiones impartidas, y que continuaron asistiendo a control de su padecimiento a la unidad hasta el momento actual. Todos derechohabientes a la U.M.F No. 21

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

A.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes hipertensos incorporados a Grupos de ayuda para pacientes crónicos en el año 2001
Derechohabientes a la UMF 21 con vigencia de derechos
Que acudan a control de su padecimiento a la UMF 21. Que tengan por lo menos 8 consultas ó al año y que por lo menos hayan acudido a 5 de las 6 sesiones impartidas, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2001.

Que acudan a control de su padecimiento a la UMF 21. Que tengan por lo menos 8 consultas o al año y que por lo menos hayan acudido a 5 de las 6 sesiones impartidas, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2001.

Que tengan expediente clínico, con registro de su control hipertensivo a partir del 2001

Que el expediente contenga registro de peso y talla para cálculo de IMC así como cifras tensionales y niveles séricos de colesterol y triglicéridos.

B. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

No existen.

C. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN O ELIMINACIÓN

Pacientes cuyo expediente no cumplieron por lo menos con el 80% de los datos requeridos.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO.

Variable Dependiente:

- Control de la Hipertensión Arterial

Variable independiente:

- Educación para la salud

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
DEPENDIENTE CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL	Mantener dentro de ciertos límites la Presión Arterial de manera constante.	*Mantener las cifras de TA: menor a 140/90	BUENO < 140/90 REGULAR 140/90-160/95 MALO >160/95	Cualitativa ordinal
INDEPENDIENTE EDUCACION PARA LA SALUD	Proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectivo	Asistencia a grupos de ayuda	Si No	Cualitativas binominal

VARIABLES UNIVERSALES

- Edad
- Sexo
- Tiempo de evolución de la HAS
- IMC
- Escolaridad
- Dislipidemia

VARIABLES UNIVERSALES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Tiempo transcurrido hasta el momento actual.	Años. Rangos de edad: A) 30-40 AÑOS B) 41-50 AÑOS C) 51-60 AÑOS D) 61-70 AÑOS F) 71-80 AÑOS	Cuantitativa continúa.
SEXO	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino.	Basada principalmente en los órganos sexuales.	Masculino y/o Femenino.	Cualitativa Nominal.
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA HAS	Noción abstracta de sucesión, medida de duración, periodo comprendido desde el inicio de la enfermedad hasta el momento actual.	Tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la fecha.	Años cumplidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa discontinua.
IMC	Peso corporal en Kg., dividido por la altura en metros cuadrados.	Se tomara el peso registrado en el expediente clínico.	NORMAL 20.1-25 SOBREPESO 25.1-27 OBESIDAD GI 27.1-29.9 OBESIDAD GII 30-39.9 OBESIDAD GIII 40 Y +	Cualitativa ordinal.
ESCOLARIDAD	Número promedio de años lectivos aprobados en instituciones de educación formal en	Numero de años cursados y aprobados.	A) ANALFABETA B) PRIMARIA C) SECUNDARIA D) BACHILLER. E) TECNICA	Cualitativa ordinal

	los niveles primaria, secundaria, superior universitario, superior no universitario y postgrado por las personas de una determina edad.		E)LICENCIATURA F)POSGRADO	
DISLIPIDEMIA	Alteración en los lípidos, caracterizada principalmente por hipertrigliceridemia con HDL bajas y LDL más pequeñas y compactas.	Alteraciones en el metabolismo de los lípidos	COLESTEROL A) <200MGRS/DL "BUENO" B) 200-240MGRS/DL "REGULAR" C) >240MGRS/DL "MALO" TRIGLICÉRIDOS A) <150 MGRS/ "BUENO" B)150-200 MG/DL "REGULAR" C) >200 MGRS/DL "MALO"	Cualitativa ordinal

INSTRUMENTO DE ESTUDIO

Se utilizó una cédula de recolección de datos elaborada por el investigador principal y aprobada por el comité de Investigación local de la UMF No. 21.

PROCEDIMIENTO

Una vez obtenida la muestra, se tomaron del expediente los parámetros siguientes: peso y talla para cálculo de Índice de Masa corporal, 3 cifras de presión arterial, así como niveles de colesterol y triglicéridos; los datos anteriores se tomaron en 3 tiempos: antes de la incorporación a grupos de ayuda, 6 meses posteriores a la conclusión del curso impartido, y en el momento actual.

La información se obtuvo por medio de una cédula de recolección de la información que posteriormente se concentró para un mejor manejo de la misma. Esta recolección de datos se realizó en un periodo de 2 meses, Septiembre - Octubre del 2003.

Para la concentración de la información y el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 10 para cálculo de frecuencias, porcentajes, media, mediana y moda; así

aplicación de T de student para cálculo del valor de P. Así mismo para la realización de cuadros y gráficas se utilizó el programa Power Point.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Se realizó análisis de tipo descriptivo mediante frecuencia y porcentajes, media, mediana, y moda así como aplicación de t de student para cálculo de valor de P para determinar significancia estadística.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS:

A) RECURSOS HUMANOS

Para la presente investigación se contó con:

Un investigador principal (Residente de segundo año)

Un asesor teórico

Un asesor metodológico

Trabajadora social

Pacientes Hipertensos

B) RECURSOS MATERIALES

Hojas Blancas

Material de Oficina

Computadora

Impresora

Programa estadístico SPSS , y Power Point

C) RECURSOS FINANCIEROS

Financiado por el Investigador principal.

CONSIDERACIONES ETICAS:

De acuerdo con El Reglamento de La Ley general de Salud en materia de Investigación para la Salud , vigente en nuestro país, el trabajo tiene conforme al Título segundo capítulo 1, artículo 17 categoría "1" que dice :”investigación sin riesgo debido a que los Individuos que participarán en el estudio, únicamente aportarán datos a través de la revisión de expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participarán seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea Médica Mundial de Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.

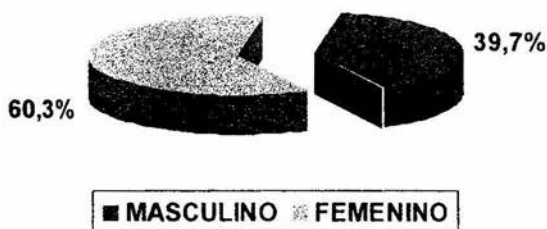
RESULTADOS

De un total de 384 pacientes que acudieron a los grupos de ayuda para pacientes crónicos degenerativos en el año 2001, se excluyeron 248, de los cuales el 41,9% (104) no contaba con un expediente completo para recopilar los datos necesarios para el estudio; el 46,8% (116) no acudió por lo menos a 5 de 6 sesiones impartidas en el curso y el 11,3% (28) no se encontró expediente. Por lo que se aplicaron 136 cuestionarios, se realizó la captura de la información, utilizando el programa SPSS 10 y se procesó la información en computadora personal.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables medidas. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó como medida de tendencia central la mediana, la media y la moda. En cuanto a las variables cualitativas (nominal y ordinal) se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes de cada categoría.

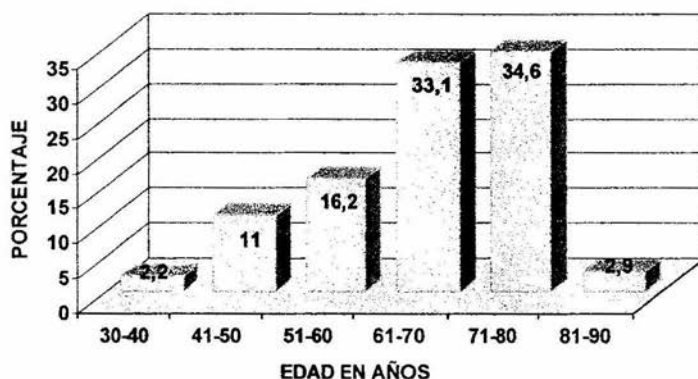
De acuerdo a los datos obtenidos de la ficha de identificación, la distribución en el grupo de pacientes con hipertensión arterial que acudieron a los grupos de ayuda de la UMF 21 del IMSS en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2001 fue de la siguiente manera: De un total de 136 pacientes: 54 fueron del sexo masculino (39,7%) y 82 del sexo femenino (60,3%) (Grafica 1).

GRAFICA 1. DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GÉNERO



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

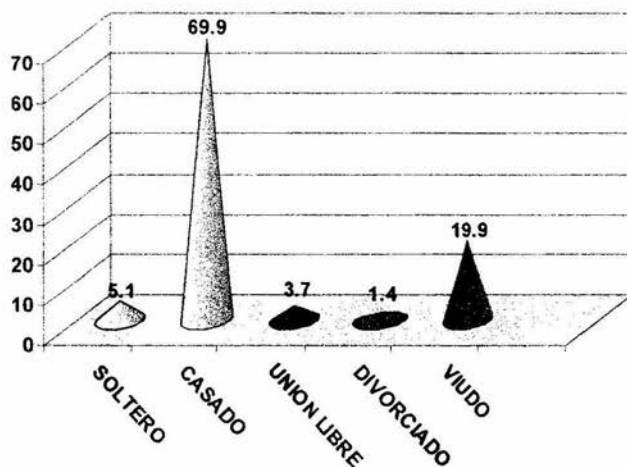
GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a la distribución por grupos de edad se observó que la mayoría se encuentra en los rangos de 61 a 80 años con una frecuencia de 92 correspondiente al 67.7% (grafica 2), la edad promedio fue de 64.99 años con una mediana de 66.92 y moda de 80, con un mínimo de 33 años, un máximo de 83 años y un rango de 50 años.

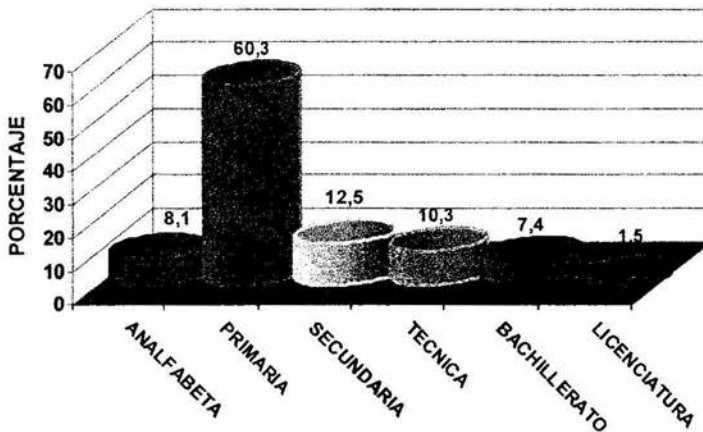
GRAFICA 3. DISTRIBUCION PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En la distribución de acuerdo al estado civil se observó un predominio de pacientes casados con un frecuencia de 95 correspondiente al 69.9% (gráfica 3), seguido de los pacientes viudos con una frecuencia de 27 y un porcentaje de 19.9%.

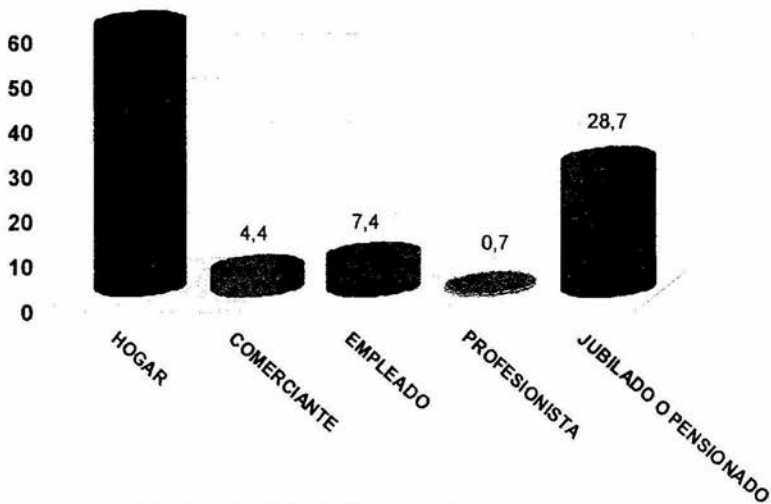
GRAFICA 4. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ESCOLARIDAD



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a la escolaridad se observó que predominó la educación primaria con una frecuencia 82 correspondiente al 60.3% seguida de secundaria con una frecuencia de 17 correspondiente al 12.5%. Así mismo se observa un 8.1% de pacientes analfabetas y solo 1.5% de pacientes con licenciatura. (Grafica 4)

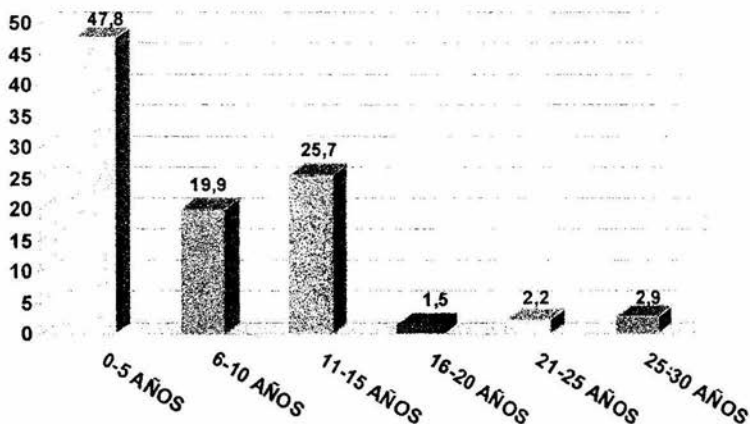
GRAFICA 5. DISTRIBUCION PORCENTUAL POR OCUPACION



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a las características de la población estudiada en base a la ocupación predominó el Hogar con una frecuencia de 80 correspondiente al 58,8% (gráfica 5), seguido de Jubilado o pensionado con una frecuencia 39 y un porcentaje de 28,7.

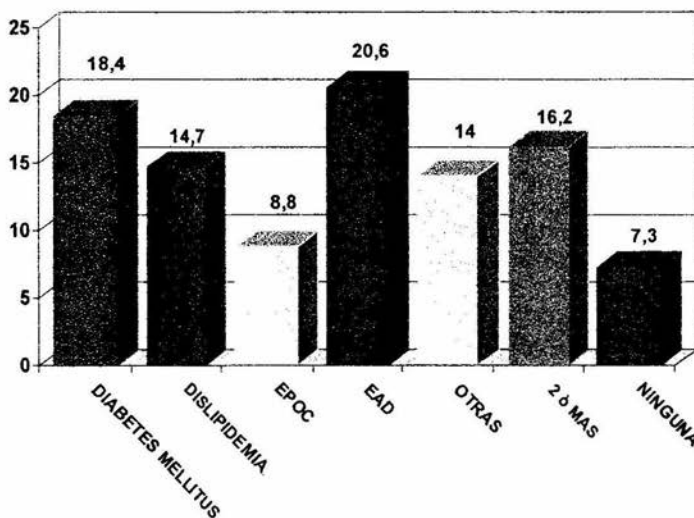
GRAFICA 6. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIEMPO DE EVOLUCION



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto al tiempo de evolución la distribución mostró que el 47.8% se encuentra entre los 0 y los 5 años de evolución, 19.9% entre los 6 y 11 años, el 25.7% entre los 11 y 15 años, el 1.5% entre 16 y 20 años, el 2.2% entre los 21 y 25 años y el 2.9% entre los 25 y 30 años de evolución. (Grafica 6)

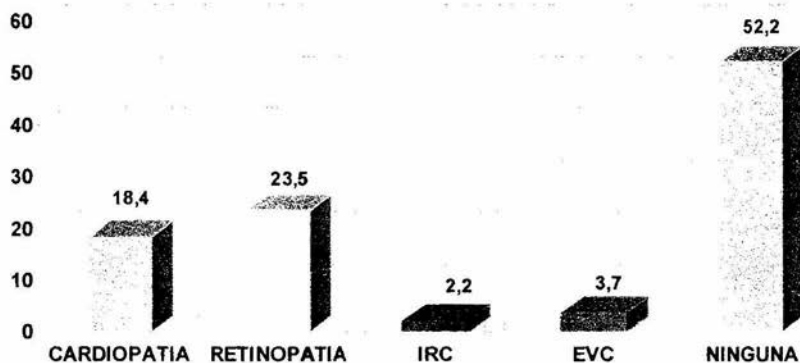
GRAFICA 7. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PATOLOGIAS AGREGADAS



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a patologías agregadas como se muestra en la Gráfica 7, se observó que el 20.6% de la población estudiada tiene como patología asociada Enfermedad Articular Degenerativa, el 18.4% Diabetes Mellitus, el 14.7% Dislipidemia, el 8.8% EPOC, el 14% otras patologías dentro de las que se consideraron Artritis reumatoide, enfermedad ácido péptica, hiperuricemia, Insuficiencia venosa periférica, y epilepsia, el 16.2% de la población tiene 2 ó más patologías agregadas y solo el 7.3% se encontró sin patología agregada.

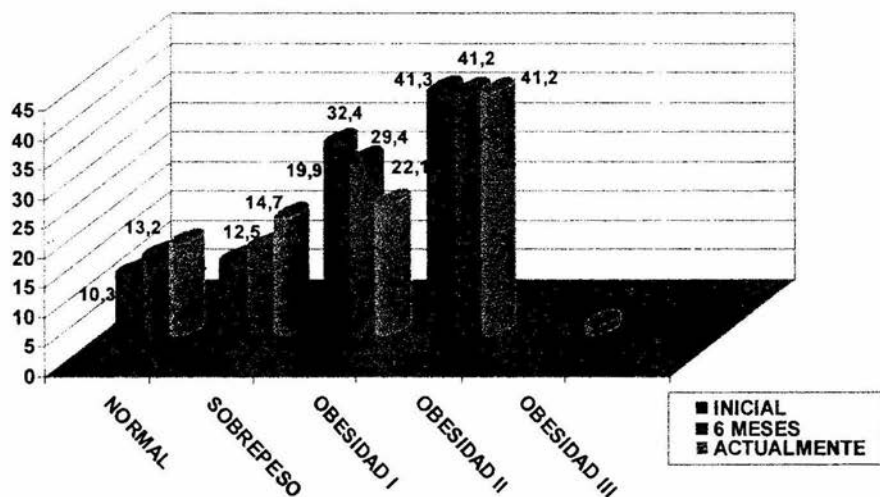
GRAFICA 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL POR COMPLICACIONES



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En este estudio se encontró que el 23.5% de la población estudiada tiene como complicación de la hipertensión arterial retinopatía, el 18.% cardiopatía hipertensiva, el 3.7% Enfermedad vascular cerebral y el 2.2% Insuficiencia renal crónica, así mismo en el 52.2% no se encontró ninguna complicación. (Gráfica 8).

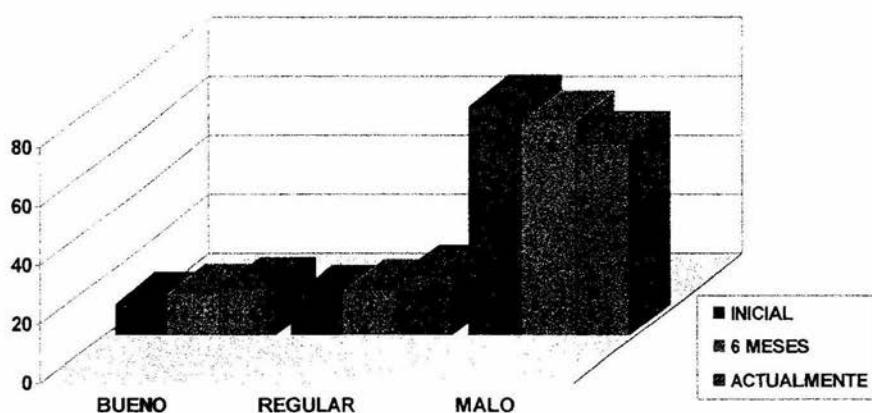
GRAFICA 9. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL INDICE DE MASA CORPORAL



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto al Índice de masa corporal se encontró que la media de la población al inicio del estudio fue de 30.1 con una mediana de 29.2 y moda de 28.8 con un mínimo de 20.5, un máximo de 42.8, y un rango de 22.3. En la medición realizada a los 6 meses se encontró una media de 29.6 con una mediana de 29.3 y una moda de 33.7 con un mínimo de 20.6, un máximo de 43.1 y un rango de 22.5. En cuanto al índice de masa corporal actual se encontró una media de 29.5, mediana de 28.8, moda de 25.9, con un mínimo de 21.3 máximo de 42.2 y un rango de 20.9.

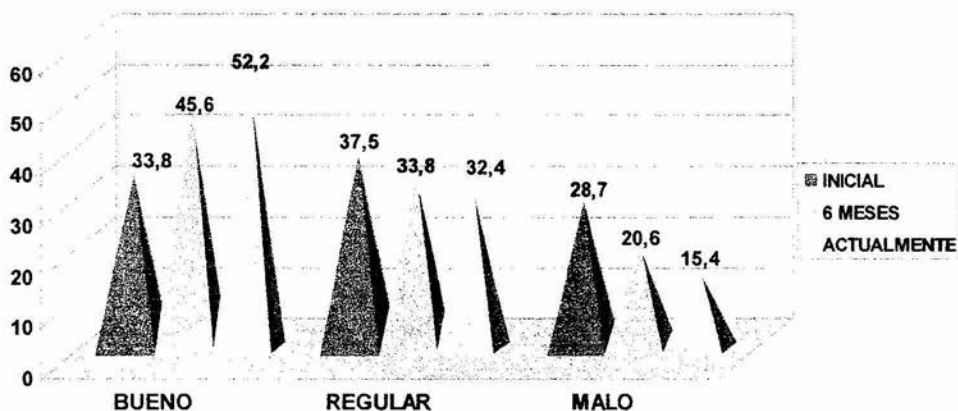
GRAFICA 10. GRADO DE CONTROL EN CUANTO A INDICE DE MASA CORPORAL



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

Según los criterios para evaluar el grado de control en cuanto al índice de masa corporal se encontró en la medición inicial una frecuencia de 14 pacientes correspondiente al 10.29% con un buen control, 17 pacientes (12.5%) con un control regular y 105 pacientes (77.2%) con un control malo. En la medición realizada a los 6 meses se encontró una frecuencia de 18 pacientes (13.23%) con un buen control, 20 pacientes (14.7%) con un control regular y 98 pacientes (72%) con un mal control. Así mismo en la última medición realizada se encontró una frecuencia de 21 pacientes (15.44%) con un buen control, 27 pacientes (19.85%) con un control regular, y 88 pacientes (64.7%) con un control malo. (Grafica 10)

GRAFICA 11. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CIFRAS DE COLESTEROL

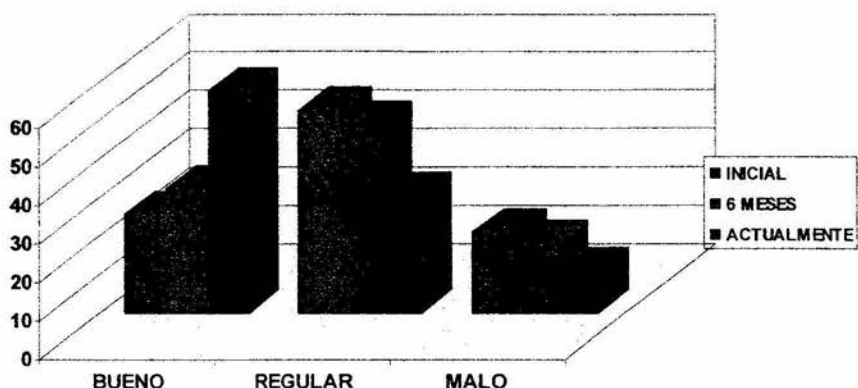


Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

Con respecto a las cifras de colesterol en la medición inicial se encontró una media de 219.9, mediana de 215.3 y una moda de 256 con un valor mínimo de 112, un máximo de 412 y un rango de 300. En la segunda medición (a los 6 meses) se encontró una media de 208.6, mediana de 202.4 y moda de 192, con un valor mínimo de 126, máximo de 369 y un rango de 243. Así mismo en la última medición se encontró una media de 200.1, mediana de 200.1 y moda de 200, con un valor mínimo de 96, máximo de 347 y un rango de 251.

En cuanto a los criterios para la evaluación del grado de control se observó en la medición inicial una frecuencia de 46 pacientes (33.8%) con un buen control, 51 pacientes (37.5%) con un control regular y 39 pacientes (28.7%) con un mal control. En la segunda medición a los 6 meses se encontró una frecuencia de 62 pacientes (45.5%) con un buen control, 46 pacientes (33.8%) con un control regular, y 28 pacientes (20.6%) con un mal control. En la última medición se encontró una frecuencia de 71 pacientes (52.2%) con un buen control, 44 pacientes (32.4%) con un control regular y 21 pacientes (15.4%) con un mal control. (Gráfica 11).

GRAFICA 12. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CIFRAS DE TRIGLICERIDOS

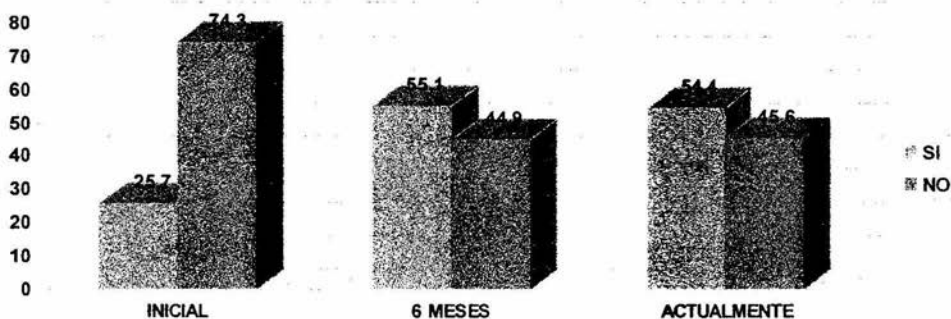


Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a las cifras de triglicéridos en la medición inicial se encontró una media de 195.4, mediana de 183.5 y una moda de 189 con un valor mínimo de 88, un máximo de 86, y un rango de 777. En la segunda medición (a los 6 meses) se encontró una media de 183.1, mediana de 162.7 y moda de 176, con un valor mínimo de 42, máximo de 993 y un rango de 951. Así mismo en la última medición se encontró una media de 161.9, mediana de 148.7 y moda de 150, con un valor mínimo de 88, máximo de 432 y un rango de 344.

En cuanto a los criterios para la evaluación del grado de control de tensión arterial, en la primera medición inicial se encontró una frecuencia de 35 pacientes (25.7%) con un buen control, 72 pacientes (52.9%) con un control regular y 29 pacientes (21.3%) con un mal control. En la segunda medición a los 6 meses se encontró una frecuencia de 44 pacientes (32.4%) con un buen control, 67 pacientes (49.3%) con un control regular, y 25 pacientes (18.4%) con un mal control. En la última medición actual se encontró una frecuencia de 79 pacientes (58.1%) con un buen control, 42 pacientes (30.9%) con un control regular y 15 pacientes (11%) con un mal control. (Gráfica 12).

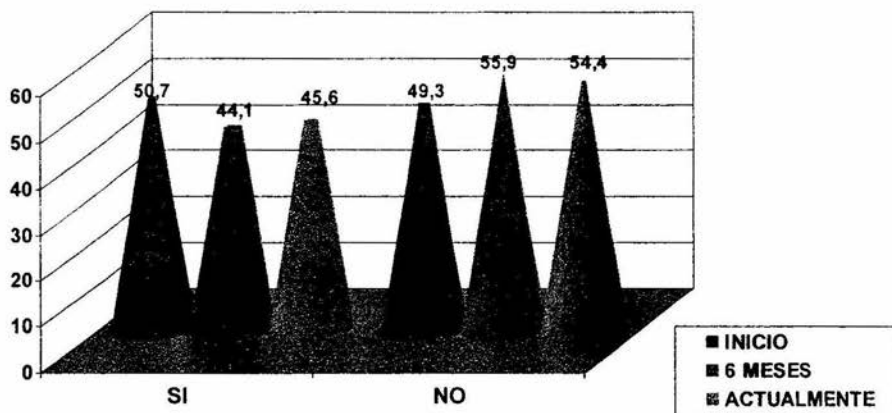
GRAFICA 13. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ACTIVIDAD FISICA



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a la actividad física se observó en la primera medición que el 74.3% de los pacientes no realizaban actividad física y solo un 25.7% de los pacientes si la realizaban. A los 6 meses se observó que el 55.1% de los pacientes realizaba actividad física y el 44.9% no. En la última medición el 54.4% de los pacientes realiza actividad física y el 45.6% no. (Gráfica 13).

GRAFICA 14. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TABAQUISMO

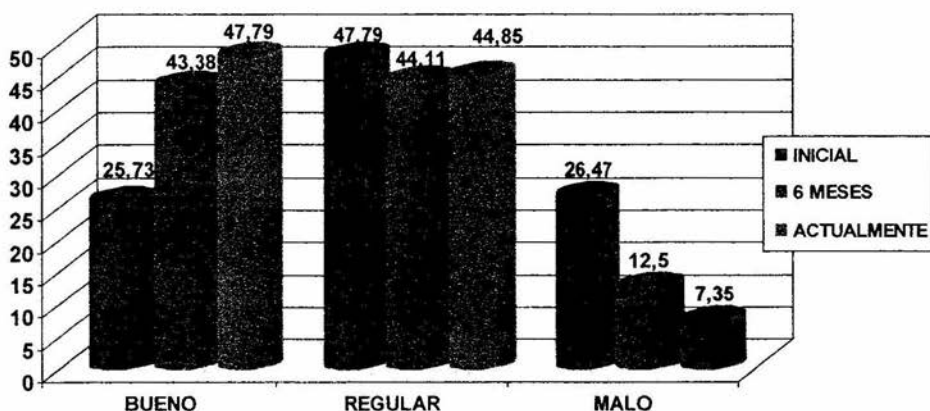


Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

Con respecto al tabaquismo en la primera medición se observó que en el 49.3% es negativo y en el 50.7% es positivo. A los 6 meses se observó que en el 55.9% de los pacientes es negativo y en el 44.1% es positivo. En la última medición el 54.4% de los pacientes no fumaban y el 45.6% si. (Gráfica 14).

Según los criterios para evaluar el grado de control en cuanto a las cifras de tensión arterial diastólica se encontró en la medición inicial una frecuencia de 35 pacientes correspondiente al 25.73% con un buen control, 65 pacientes (47.79%) con un control regular y 36 pacientes (26.47%) con un control malo. En la medición realizada a los 6 meses se encontró una frecuencia de 59 pacientes (43.38%) con un buen control, 60 pacientes (44.1%) con un control regular y 17 pacientes (12.5%) con un mal control. Así mismo en la última medición realizada se encontró una frecuencia de 65 pacientes (47.79%) con un buen control, 61 pacientes (44.85%) con un control regular, y 10 pacientes (7.35%) con un control malo. (Grafica 16).

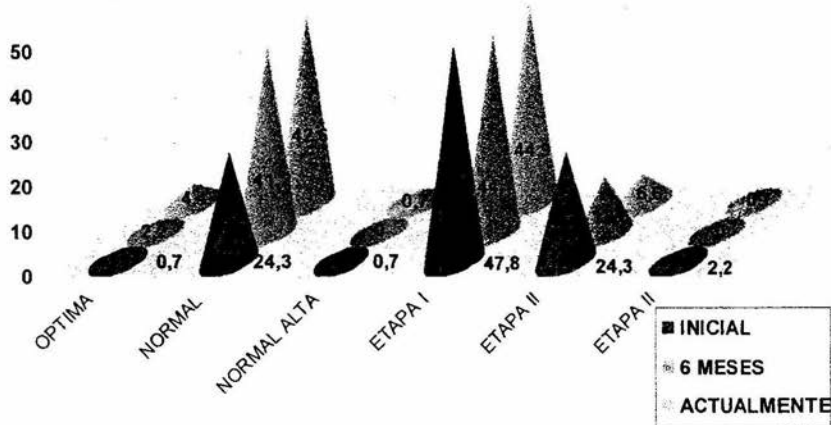
GRAFICA. 16 GRADO DE CONTROL CON RESPECTO A LAS CIFRAS DE TENSION ARTERIAL DIASTÓLICA



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a las cifras de tensión arterial diastólica en la medición inicial se encontró una media de 90.3 mmHg, mediana de 90.3 y una moda de 90 mmHg con un valor mínimo de 70, un máximo de 110, y un rango de 40. En la segunda medición (a los 6 meses) se encontró una media de 86.7 mmHg, mediana de 86.4 y moda de 90, con un valor mínimo de 70, máximo de 100 y un rango de 30. Así mismo en la última medición se encontró una media de 85.7 mmHg, mediana de 85.4 y moda de 90 mmHg, con un valor mínimo de 70, máximo de 120, y un rango de 50.

GRAFICA 15: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA TENSION ARTERIAL DIASTOLICA

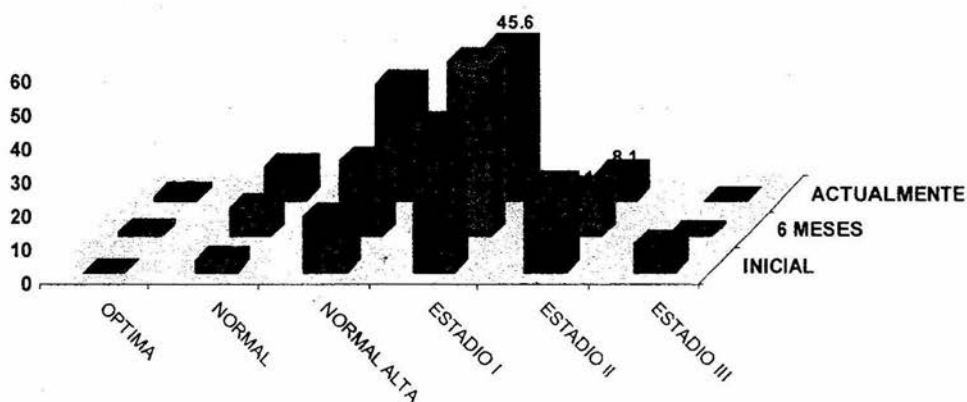


Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a los criterios para la evaluación del grado de control de tensión arterial diastólica, en la medición inicial se encontró una frecuencia de 1 paciente (0.7%) con una tensión arterial optima, 33 pacientes (24.3%) normal, 1 paciente (0.7%) con tensión arterial normal alta, 65 pacientes (47.8%) en etapa I, 33 pacientes (24.3%) en etapa II y 3 pacientes (2.2%) en etapa III. En la segunda medición a los 6 meses se encontró una frecuencia de 3 pacientes (2.2%) con tensión arterial optima, 56 pacientes (41.2%) normal, 60 pacientes (44.1%) en etapa I, 17 pacientes (12.5%) en etapa II y 0 en etapa III. En la última medición actual se encontró una frecuencia de 6 pacientes (4.4%) con tensión arterial optima, 58 pacientes (42.6%) con tensión arterial normal, 1 paciente (0.1%) con tensión arterial normal alta, 61 pacientes (44.9%) en etapa I, 9 pacientes (6.6%) en etapa II y 1 paciente (0.7%) en etapa III. (Gráfica 15).

En cuanto a las cifras de tensión arterial sistólica en la medición inicial se encontró una media de 149.8 mmHg, mediana de 146.8 y una moda de 140 mmHg con un valor mínimo de 120, un máximo de 220, y un rango de 100. En la segunda medición (a los 6 meses) se encontró una media de 141.2 mmHg, mediana de 141.1 mmHg y moda de 140, con un valor mínimo de 110, máximo de 180 y un rango de 70. Así mismo en la última medición se encontró una media de 137.7 mmHg, mediana de 136.8 y moda de 130 mmHg, con un valor mínimo de 110, máximo de 170, y un rango de 60.

GRAFICA 17. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA TENSION ARTERIAL SISTOLICA

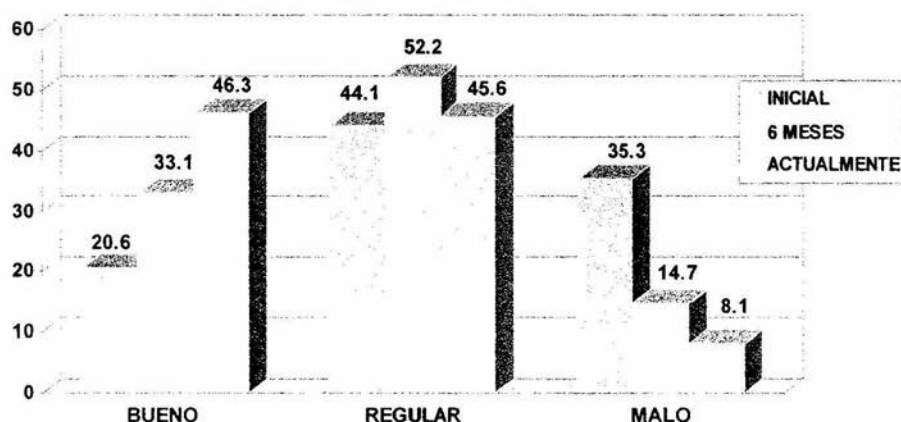


Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En las mediciones realizadas se obtuvieron los siguientes resultados: en la primera medición se encontró una frecuencia de 5 pacientes (3.7%) con tensión arterial normal, 23 pacientes (16.9%) con tensión arterial normal alta, 60 pacientes (44.1%) en etapa I, 36 pacientes (26.5%) en etapa II y 12 pacientes (8.8%) en etapa III. En la segunda medición se encontró una frecuencia de 2 pacientes (1.5%) con tensión arterial optima, 12 pacientes (8.8%) normal, 31 pacientes (22.8%) normal alta, 71 pacientes (52.2%) en etapa I, 19 pacientes (14%) en etapa II y 1 paciente (0.7%) en etapa III. En la última medición se encontró una frecuencia de 2 pacientes (1.5%) con tensión arterial optima, 14 pacientes (10.3%) normal, 47 pacientes (34.6%) con tensión arterial normal alta, 62 pacientes (45.6%) en etapa I y 11 pacientes (8.1%) en etapa II. (Gráfica 17).

Según los criterios para evaluar el grado de control en cuanto a las cifras de tensión arterial sistólica se encontró en la medición inicial una frecuencia de 28 pacientes correspondiente al 20.6% con un buen control, 60 pacientes (44.1%) con un control regular y 48 pacientes (35.3%) con un control malo. En la medición realizada a los 6 meses se encontró una frecuencia de 45 pacientes (33.1%) con un buen control, 71 pacientes (52.2%) con un control regular y 20 pacientes (14.7%) con un mal control. Así mismo en la última medición realizada se encontró una frecuencia de 63 pacientes (46.3%) con un buen control, 62 pacientes (45.6%) con un control regular, y 11 pacientes (8.1%) con un control malo. (Grafica 18).

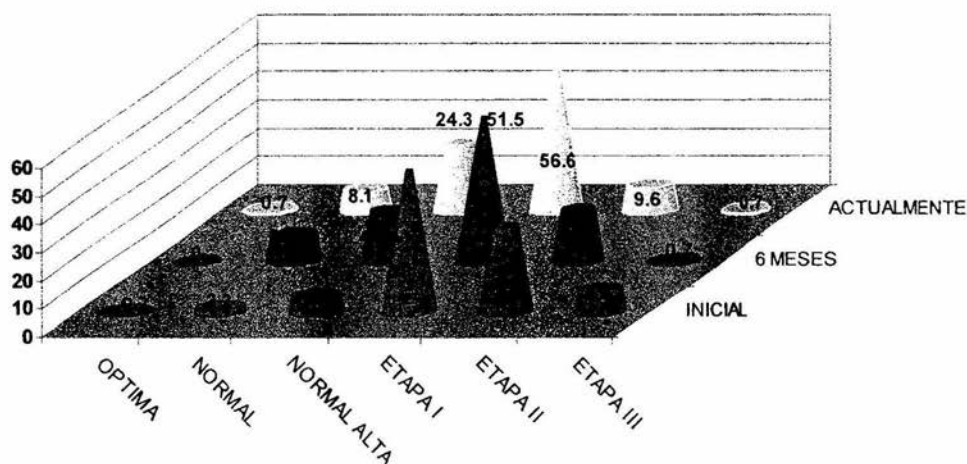
GRAFICA 18. GRADO DE CONTROL CON RESPECTO A TENSION ARTERIAL SISTOLICA



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

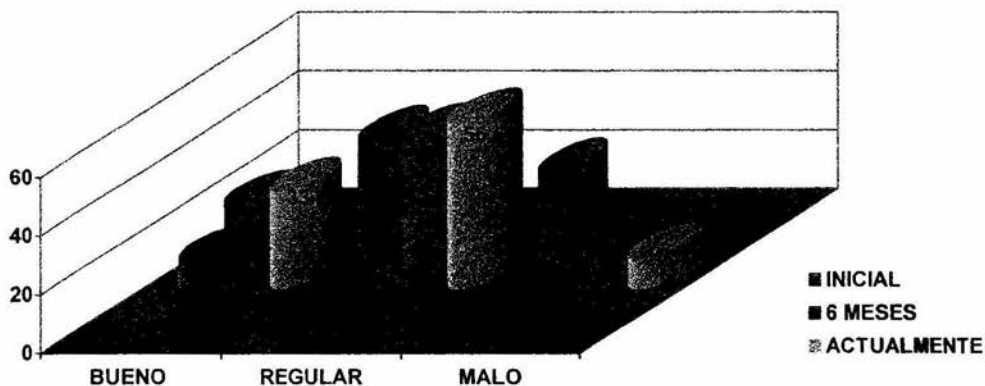
En cuanto a los criterios para la evaluación del grado de control de tensión arterial sistémica, se tomaron en cuenta 3 tomas: en la primera toma al inicio del estudio se encontró una frecuencia de 1 paciente (0.7%) con tensión arterial optima, 3 pacientes (2.2%) con tensión arterial normal, 9 pacientes (6.6%) con tensión arterial normal alta, 69 pacientes (50.7%) en etapa I, 42 pacientes (30.9%) en etapa II y 12 pacientes (8.8%) en etapa III. En la segunda medición a los 6 meses se encontró una frecuencia de 14 pacientes (10.3%) con tensión arterial normal, 25 pacientes (18.4%) normal alta, 70 pacientes (51.5%) en etapa I, 26 pacientes (52.2%) en etapa II y 1 paciente (0.7%) en etapa III. En la medición actual se encontró una frecuencia de 1 paciente (0.7%) con tensión arterial optima, 11 pacientes (8.1%) normal, 33 pacientes (24.3%) con tensión arterial normal alta, 77 pacientes (56.6%) en etapa I, 13 pacientes (9.6%) en etapa II y 1 paciente (0.7%) en etapa III. (Gráfica 19).

GRAFICA 19. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA TENSION ARTERIAL SISTEMICA PRIMERA TOMA



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

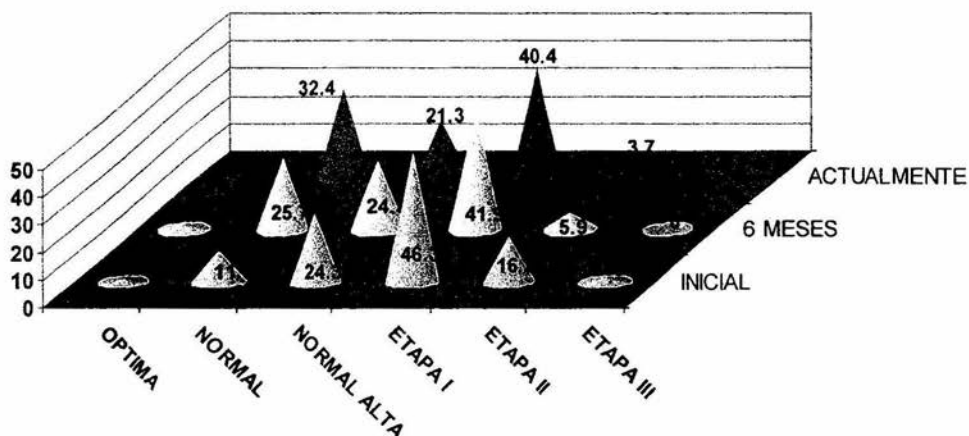
GRAFICA 20. GRADO DE CONTROL CON RESPECTO A PRIMERA TOMA DE TENSION ARTERIAL SISTEMICA



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

Según los criterios para evaluar el grado de control en cuanto a las cifras de tensión arterial sistémica, de la primera toma se encontró al inicio del estudio una frecuencia de 10 pacientes correspondiente al (9.6%) con un buen control, 69 pacientes (50.7%) con un control regular y 54 pacientes (39.7%) con un control malo. En la medición realizada a los 6 meses se encontró una frecuencia de 39 pacientes (28.7%) con un buen control, 70 pacientes (51.5%) con un control regular y 27 pacientes (19.8%) con un mal control. Así mismo en la medición actual realizada se encontró una frecuencia de 45 pacientes (33.1%) con un buen control, 77 pacientes (56.6%) con un control regular, y 14 pacientes (10.3%) con un control malo. (Grafica 20).

GRAFICA 21. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA TENSION ARTERIAL SISTEMICA SEGUNDA TOMA

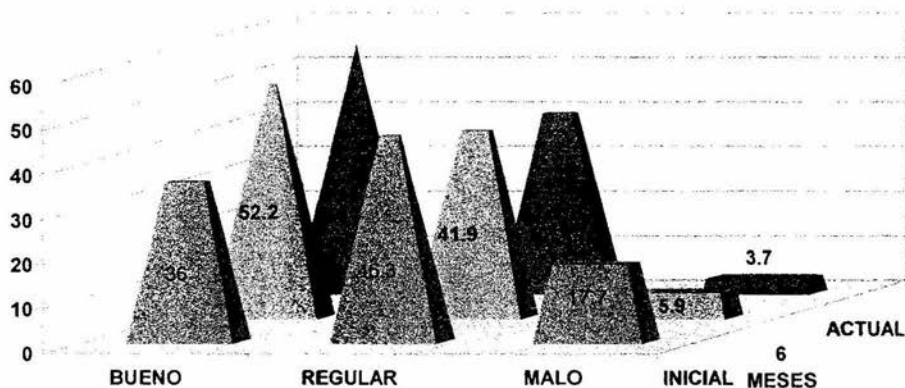


Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a la segunda toma, en la medición inicial se encontró 1 paciente (0.7%) con tensión arterial optima, 15 pacientes (11%) con tensión arterial normal, 33 pacientes (24.3%) con tensión arterial normal alta, 63 pacientes (46.3%) en etapa I, 22 pacientes (16.2%) en etapa II y 2 pacientes (1.5%) en etapa III. En la medición a los 6 meses se encontró una frecuencia de 3 pacientes (2.2%) con tensión arterial optima, 35 pacientes (25.7%) normal, 33 pacientes (51.5%) con tensión arterial normal alta, 57 pacientes (41.9%) en etapa I, 8 pacientes (5.9%) en etapa II, sin encontrarse pacientes en etapa III. En la última medición se encontró una frecuencia de 3 pacientes (2.2%) con tensión arterial optima, 44 pacientes (32.4%) normal, 29 pacientes (21.3%) con tensión arterial normal alta, 55 pacientes (40.4%) en etapa I, 5 pacientes (3.7%) en etapa II. (Gráfica 21).

Según los criterios para evaluar el grado de control en la segunda toma de tensión arterial sistémica, se encontró en la primera medición una frecuencia de 49 pacientes correspondiente al (36%) con un buen control, 63 pacientes (46.3%) con un control regular y 24 pacientes (17.7%) con un control malo. En la medición realizada a los 6 meses se encontró una frecuencia de 71 pacientes (52.2%) con un buen control, 57 pacientes (41.9%) con un control regular y 8 pacientes (5.9%) con un mal control. Así mismo en la tercera medición se encontró una frecuencia de 76 pacientes (55.9%) con un buen control, 55 pacientes (40.4%) con un control regular, y 5 pacientes (3.7%) con un control malo. (Grafica 22).

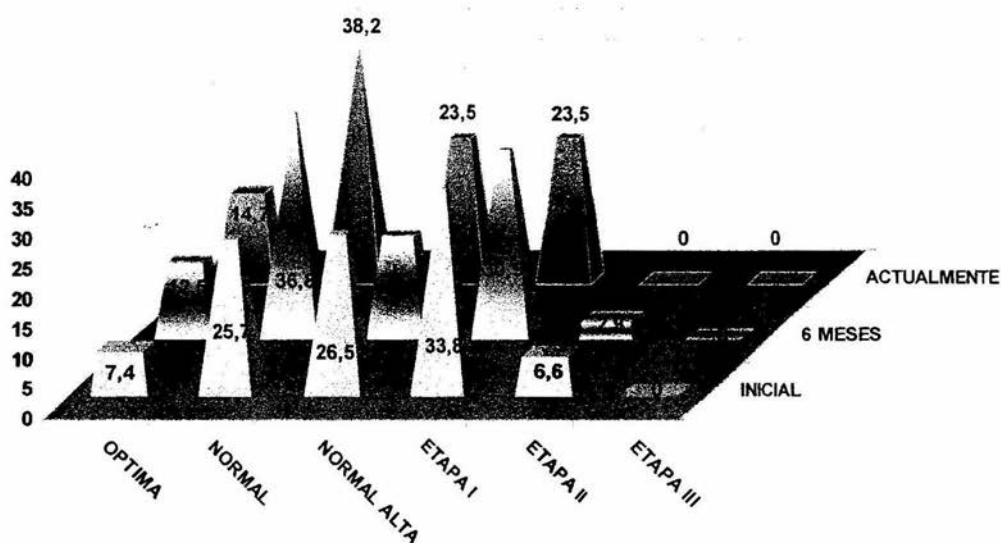
GRAFICA 22. GRADO DE CONTROL CON RESPECTO A LA SEGUNDA TOMA DE TENSION ARTERIAL SISTEMICA



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En cuanto a la tercera toma se encontraron los siguientes resultados: en la medición inicial una frecuencia de 10 pacientes (7.4%) con tensión arterial optima, 35 pacientes (25.7%) con tensión arterial normal, 36 pacientes (26.5%) con tensión arterial normal alta, 46 pacientes (33.8%) en etapa I y 9 pacientes (6.6%) en etapa II. En la medición a los 6 meses se encontró una frecuencia de 17 pacientes (12.5%) con tensión arterial optima, 50 pacientes (36.8%) con tensión arterial normal, 23 pacientes (16.9%) con normal alta, 42 pacientes (30.9%) en etapa I y 4 pacientes (2.9%) en etapa II. En la última medición se encontró una frecuencia de 20 pacientes (14.7%) con tensión arterial optima, 52 pacientes (38.2%) normal, 32 pacientes (23.5%) con tensión arterial normal alta y 32 pacientes (23.5%) en etapa I. (Gráfica 23).

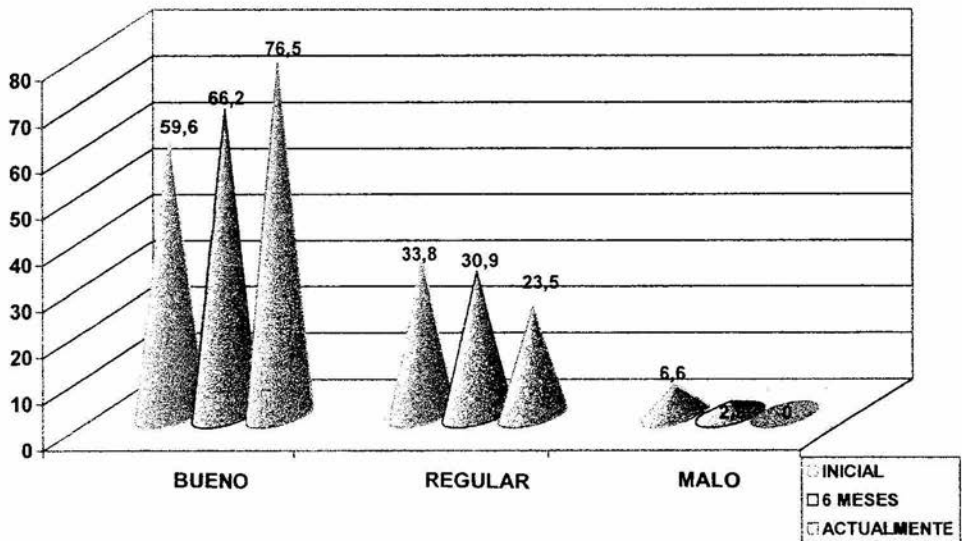
GRAFICA 23. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA TENSION ARTERIAL SISTEMICA TERCERA TOMA



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

Según los criterios para evaluar el grado de control en cuanto a la tercera toma de tensión arterial sistémica, se obtuvieron los siguientes resultados: en la medición inicial una frecuencia de 81 pacientes correspondiente al (59.6%) con un buen control, 46 pacientes (33.8%) con un control regular y 9 pacientes (6.6%) con un control malo. En la medición realizada a los 6 meses se encontró una frecuencia de 90 pacientes (66.2%) con un buen control, 42 pacientes (30.9%) con un control regular y 4 pacientes (2.9%) con un mal control. Así mismo en la última medición se encontró una frecuencia de 104 pacientes (76.5%) con un buen control, 32 pacientes (23.5%) con un control regular. (Grafica 24).

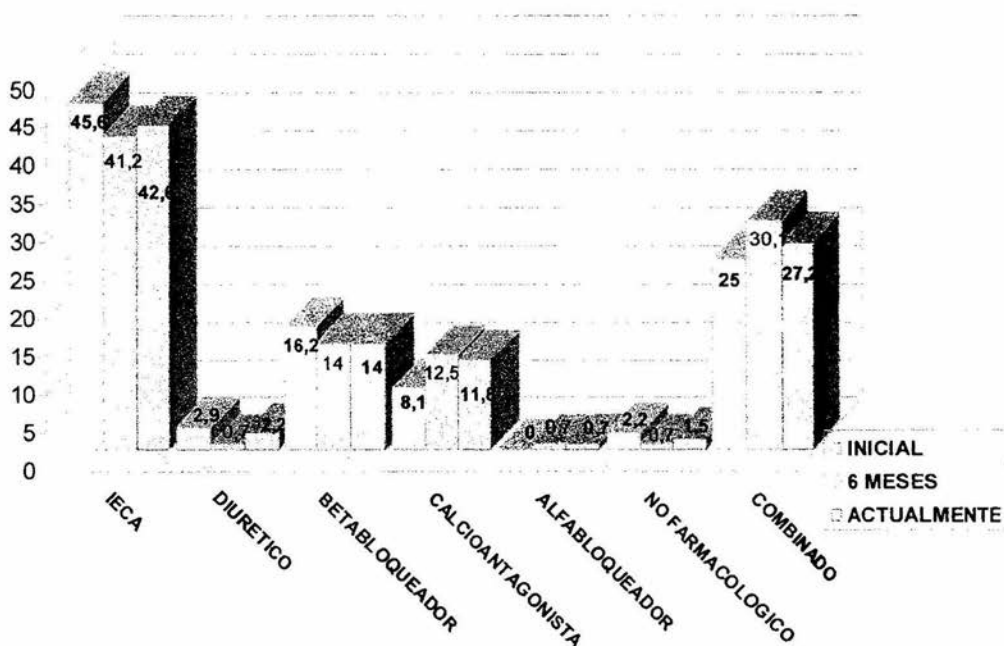
GRAFICA 24. GRADO DE CONTROL CON RESPECTO A LA TERCERA TOMA DE TENSION ARTERIAL



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

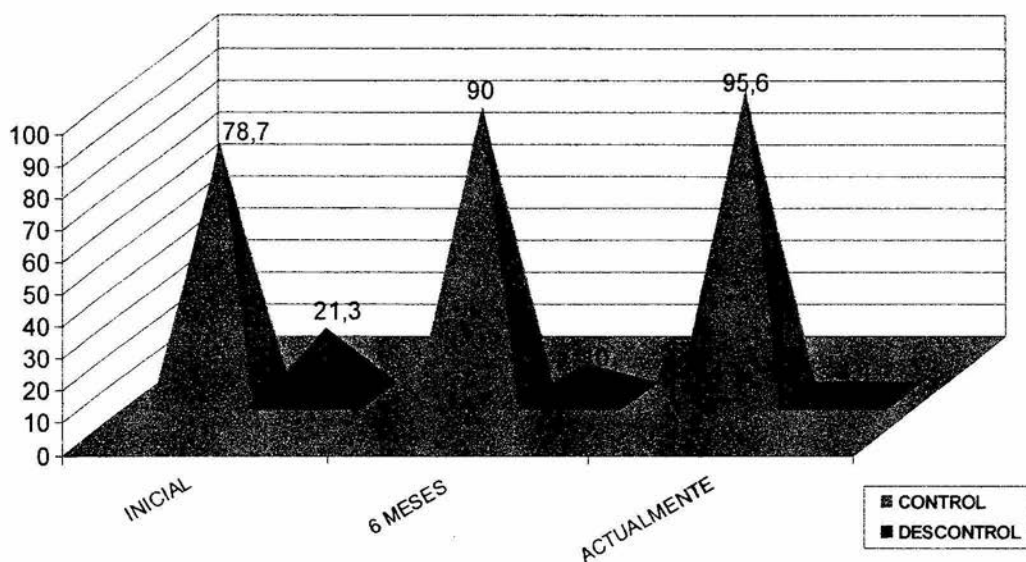
En cuanto al tratamiento antihipertensivo se encontró que la gran mayoría de pacientes se encuentra con IECA una frecuencia de 62 pacientes al inicio del estudio (45.6%) y el tratamiento combinado se encuentra en segundo termino con una frecuencia de 34 y un (25%) de la población estudiada, se observa el predominio de estos fármacos al inicio del estudio y hasta el momento actual, otro grupo de fármacos que sobresalen son los beta bloqueadores con una frecuencia al inicio del estudio de 22 pacientes (16.2%) de la población, Grafica

GRAFICA 25. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

GRAFICA 26. CONTROL TENSIONAL



Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

En la gráfica anterior podemos observar que hubo una diferencia entre el porcentaje de pacientes controlados previo al ingreso a grupos de apoyo del 11.3% en relación al porcentaje de pacientes controlados en la medición realizada a los 6 meses y del 16.9% en relación al porcentaje de pacientes controlados en la medición realizada a los 2 años. La diferencia observada fue significativamente estadística utilizando la prueba t de student, con valor de P menor a 0.05 (0.01).

El resto de las variables también fueron comparadas entre sí para calcular la diferencia entre las mediciones realizadas utilizando la prueba t de student, observando una diferencia significativamente estadística entre los porcentajes de pacientes con colesterol, triglicéridos, IMC y actividad física dentro de parámetros aceptables según los criterios para evaluar grado de control tensional, en relación con los porcentajes encontrados en las mediciones posteriores, todas con un valor de P menor a 0.05, a excepción del tabaquismo en el cual si se observó una diferencia entre las mediciones realizadas, la cual no fue significativamente estadística con un valor de p de 0.07.

TABLA 1. DIFERENCIA PORCENTUAL EN BASE AL CONTROL DE LAS VARIABLES EN LAS 3 MEDICIONES REALIZADAS

VARIABLE	CONTROL	INICIAL	6 MESES	ACTUALMENTE
TENSION ARTERIAL	SI	78.7	90	95.6
	NO	21.3	10	4.4
INDICE DE MASA CORPORAL	SI	22.8	28	35.3
	NO	77.2	72	67.4
COLESTEROL	SI	71.3	79.4	84.6
	NO	28.7	20.6	15.4
TRIGLICERIDOS	SI	78.7	81.6	89
	NO	21.3	18.4	11
TABAQUISMO	SI	49.3	55.9	54.5
	NO	50.7	44.1	45.6
ACTIVIDAD FISICA	SI	25.7	55.1	54.4
	NO	74.3	44.9	45.6

Fuente: Cedula de recolección U.M.F. No.21 2001-2003
N= 136

DISCUSION

En esta investigación se observó que los pacientes que ingresaron a los grupos de ayuda para pacientes crónicos tuvieron una diferencia significativamente estadística de la tensión arterial comparando las 3 mediciones realizadas, manteniéndose los cambios encontrados en las 2 últimas mediciones.

Los datos mencionados anteriormente coinciden con estudios realizados con anterioridad los cuales mencionan que la obtención de un adecuado conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento mejoran el cumplimiento terapéutico dentro del cual se considera el tratamiento no farmacológico el cual constituye el primer escalón terapéutico y el tratamiento farmacológico de los cuales dependerá la mejora de las cifras tensionales por medio de la modificación de los factores de riesgo modificables como son el IMC, la Dislipidemia y el hábito tabáquico entre otros. Efectivamente los programas de intervención educativa y una atención continuada son necesarios para la mejora del cumplimiento terapéutico.

En este estudio como otras realizados aunque no en población mexicana en los que se valora la efectividad de las diferentes formas de intervención educativa para la mejora del cumplimiento, se observó que la HAS es una enfermedad que se beneficia especialmente de éstas intervenciones. Así mismo en cuanto al estudio realizado por Morisky en donde se observó que con una técnica de dinámica de grupo, aumentó el cumplimiento en los 2 primeros años, lo cual pudo ser observado en este estudio en donde hubo una mejora del control a los 6 meses la cual se mantuvo hasta la actualidad (2 años después), sin embargo faltaría realizar una medición a los 5 años para constatar la pérdida del efecto lo cual no fue realizado en este estudio, por lo que este estudio podría ser un preámbulo para a realización de estudios posteriores en esta línea.

Una de las deficiencias de éste estudio fue que no se incluyó un grupo control (sin educación para la salud) para poder diferenciar la modificación de las variables estudiadas en ambos grupos de pacientes

CONCLUSIONES

En este estudio se observó que si hubo una mejora del control tensional la cual se debió principalmente a la disminución de las cifras de colesterol, triglicéridos e IMC, así como el incremento en la actividad física. Haciendo hincapié en que el índice de masa corporal tuvo una disminución significativamente estadística, sin embargo la población se mantuvo en promedio en algún grado de obesidad la cual es un factor de riesgo modificable que interfiere en forma importante en el control tensional.

Podemos concluir que los pacientes con hipertensión arterial que reciben educación para la salud en los grupos de ayuda de la UMF No. 21 si logran un mejor control de sus cifras tensionales.

SUGERENCIAS

Se sugiere la incorporación de los pacientes hipertensos a los grupos de ayuda en cuanto sea diagnosticada la enfermedad con el fin de que los conocimientos obtenidos en éstos mejoren el control tensional a través de la modificación de los estilos de vida lo que es la piedra angular del tratamiento antes de la implementación de terapia farmacológica, lo cual se vería reflejado en la modificación de factores que interfieren con un buen control tensional.

Además se sugiere reforzar los hábitos dietéticos lo cual aunado a la actividad física mejoraran el índice de masa corporal con el incremento en la mejoría del control tensional.

Se sugiere también que la educación para la salud sea continuada para reforzar los conocimientos obtenidos por el paciente sobre su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonal P. et al. La medicina de familia como área de conocimiento. *Atención Primaria*. 1999; 23(3): 151-174.
2. Cano VF. México a 10 años de Alma Ata. *Rev. Facultad de Medicina. UNAM*. 1988; 31(5): 121-125.
3. Cuaderno 3 de Salud. La transición en Salud. Secretaría de Salud. Primera edición. México 1994:7-48.
4. Narro RJR. Medicina Familiar. La Salud en México. Testimonio 1988, Tomo IV Especialidades Médicas en México. pp. 239-252. Edit. Biblioteca de la Salud. México 1989.
5. Plan Único de Especializaciones Médicas. Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM. División de Estudios de Postgrado e Investigación Subdivisión de Especialidades Médicas, México 2000.
6. Herbert CP. et al. The Future of Family Medicine. *The Journal of Family Practice*. Jul. 2001; 50(7): 581-585.
7. Gallo V. et al. Perfil profesional del médico de familia. *Atención Primaria*. 1999; 23(4): 124-145.
8. Mc Whinney R. Medicina de Familia. Principio de la Medicina de Familia; Cáp. 2; pp12-16; Edit. Manual moderno 1998.
9. Guía diagnóstica-terapéutica. Hipertensión arterial esencial. *Rev. Med. IMSS. México*. 1997; 35(6): 411-430.
10. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, subsecretaría de prevención y control de enfermedades, coordinación de vigilancia epidemiológica, *Rev. Med. IMSS. México*. 2001; 39(1): 67-87.
11. Velázquez MO y cols. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la encuesta Nacional de SALUD (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México* 2002; 72: 71-84.
12. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas; Dirección General de Epidemiología segunda sección, secretaria de salud, 1995.
13. Diagnostico de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS; 2002.
14. The seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood pressure. NIH Publication No 99-4080, 1997:11.
15. Barrios CX. La prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria, boletín de la Esc. Med. Chile 1994; 23: 53-60.
16. Liria Yamamoto-Kimura, José Zamora González, García de la Torre G, y Cols. Prevalence of high blood pressure and associated coronary risk factors in an adult population of Mexico city, *Arch. Med. Res*. 1998; 29(4), 341-349.
17. Organización Mundial de la salud, control de la Hipertensión Arterial; Informe de un Comité de expertos de la OMS. Ginebra 1996, 862.
18. Kannel WB, Wilson PW. Comparison of risk profiles for cardiovascular events: its implication for prevention. *Adv Intern Med* 1997; 42: 39-66.
19. López AJM, Domínguez CA. Terapia antihipertensiva. *Rev. Española de la Salud*, 2002; 1 (4), 33-37.

20. Meigs JB, Singer DE, Sullivan LM, Dukas DA, D Agostino RB, Nathan DM. Metabolic control and prevalent cardiovascular disease. *Am. J. Med* 1997; 102: 38-47.
21. Monroy Voy cols. Grupo de ayuda mutua: una estrategia de educación. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Sep 2001; 37 (18), 1-3.
22. Stripping AO, The barriers to a healthy Heart. *Grundy Lane E.U.A*, 1997: 1-15.
23. Pianzola H, Moriana N, Jiménez P. Los grupos de ejercicios programados en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev. Fed. Arg. Card.*; 21: 173-180.
24. Vaquero J. Educación para la salud del paciente hipertenso. Área 1 de Vallecas Madrid, 1991.
25. German C, Guía para la educación del paciente hipertenso y su familia. *Escuela Andaluza de salud publica*, Granada. 1988.
26. Revista de la asociación latinoamericana de diabetes, 2000. Educación de la persona con DM2, suplemento 1, edición extraordinaria, 2000.
27. González MJ. Educación, movilización social y abogada para promover la salud, *Revista Medica de Uruguay*; 18: 192-197, 2002. 192-197.
28. Gruñid SM, Balady GJ, Caqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Primary prevention of coronary Herat disease; guidance from Framingham. *Circulation* 1998; 97: 1876-1887.
29. Márquez EC y cols. Eficacia de los programas de educaron para la salud en el cumplimiento terapéutico de la Hipertensión Arterial. *Atención primaria*, 1998; 21: (4). 199-204.
30. Fernández Ferre ML. La educación sanitaria en la Hipertensión arterial. *Atención primaria* 1998; 5: 40-42.
31. Calvo VCG. La atención del paciente con hipertensión arterial. México, biblioteca *Medica Mexicana*. ALFIL, 1999: 15-53.
32. Balaguer VI. Estrategias en el control de los factores de riesgo coronario en la prevención primaria y secundaria. Departamento de Cardiología, Hospital Santa Creui Sant Pau, Barcelona *Revista Española de Cardiología*. 1998; Suplemento 1: 30-35.
33. Harold EB: Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en la atención del primer nivel. *Intituto Cardiovascular avanzado*. Centro Medico Regional Audubon, Louisville EUA, *Mundo medico* 1994; 247 (XXII): 142-158.

A N E X O S



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



I. FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ No. Afiliación _____ Folio: _____
Consultorio _____ Turno _____ Teléfono _____
Escolaridad _____ Edad _____ Ocupación _____ Edo. Civil _____
Fecha en que se incorporó a grupo de ayuda _____

II. DIAGNOSTICO

Fecha del Dx. _____ Tiempo de evolución _____

III. CIFRAS TENSIONALES

	Previo a incorporación a grupo de ayuda	6 meses después	Actualmente
Primera cifra	_____	_____	_____
Segunda cifra	_____	_____	_____
Tercera cifra	_____	_____	_____

IV. INDICE DE MASA CORPORAL

	Previo a incorporación a grupo de ayuda	6 meses después	Actualmente
_____	_____	_____	_____

V. ACTIVIDAD FISICA

	Previo a incorporación a grupo de ayuda	6 meses después	Actualmente
Realiza	_____	_____	_____

VI. TABAQUISMO

	Previo a incorporación a grupo de Ayuda	6 meses después	Actualmente
_____	_____	_____	_____

VII. LABORATORIO

	Previo a incorporación a grupo de Ayuda	6 meses después	Actualmente
Colesterol mg/dl	_____	_____	_____
Triglicéridos mg/dl	_____	_____	_____

VIII. TRATAMIENTO

1. No farmacológico 2.- IECA 3.-Diurético 4.-Beta bloqueador 5.-Calcio antagonistas 6.-Alfa bloqueador
7.-Alfa antagonistas centrales 8.-Bloqueador de receptor de angiotensina 9.-Combinado

Previo a la incorporación a grupo de ayuda	6 meses después	Actualmente
_____	_____	_____

IX. PATOLOGIAS AGREGADAS

Diabetes mellitus _____ EPOC _____ Enfermedad articular degenerativa _____
Dislipidemia _____ Otras _____ Ninguna _____

X. COMPLICACIONES

Insuficiencia Renal Crónica _____ Cardiopatía Hipertensiva _____
Retinopatía Hipertensiva _____ Enfermedad Vascul ar Cerebral _____