



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 51
TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN
PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 80 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LOBATO RAMÍREZ LAURA



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.

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES
HIPERTENSOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 80 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

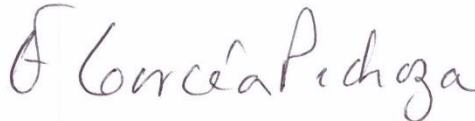
PRESENTA

DRA. LAURA LOBATO RAMÍREZ


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES
HIPERTENSOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 80 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

LOBATO RAMÍREZ LAURA

AUTORIZACIONES



DRA. REYES URQUIZA MARÍA DE JESÚS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.

ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 51, "SANTA MÓNICA"




DR. LÓPEZ GARCÍA CÉSAR CARLOS

ASESOR DE TEMA DE TESIS



DRA. REYES URQUIZA MARÍA DE JESÚS

ASESOR METODOLÓGICO



DRA. REYES RUIZ MARÍA ESTHER

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi familia, amigos, maestros y asesores

A mis pacientes, que son lo más importante en mi formación y mi razón de ser.

RESUMEN

Antecedentes: La Hipertensión arterial es la enfermedad crónica, más frecuente en el mundo. De mayor prevalencia en México, afectando a la población de entre 20 y 69 años. Es un padecimiento multifactorial, caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial (sistólica, diastólica o ambas), igual o mayor a 140/90 mmHg. Siendo un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y renales. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos de Hipertensión Arterial y factores de riesgo cardiovascular en paciente hipertensos que asistieron a la unidad de medicina familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y analítico; los criterios de selección fueron pacientes hipertensos confirmados con o sin diabetes mellitus de 20 a 59 años de edad, ambos sexos y de ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 que aceptaron participar previo consentimiento informado; se tomó una muestra no probabilística por conveniencia, mediante una muestra representativa, con un nivel de confianza de 95 % y precisión del 5 %, conformada por 384 pacientes. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular y nivel de conocimiento acerca de los alcances, complicaciones y riesgos cardiovasculares de la hipertensión arterial. El instrumento a través del cual se observaron las variables, consta de un cuestionario descriptivo con preguntas de formato categórico múltiple (si, no) que mide el nivel de conocimiento. Se divide en 3 bloques. El primer bloque está conformado por datos socio demográficos y recoge información sobre edad, sexo y ocupación. El segundo bloque, son preguntas sobre el conocimiento de hipertensión arterial y el tercer bloque sobre el conocimiento de factores de riesgo (diabetes mellitus, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes familiares, dislipidemias, etc.), la puntuación obtenida se clasifica en los siguientes parámetros: conocimiento deficiente (puntaje menos a 3), conocimiento regular (puntaje entre 4 y 5), conocimiento bueno (puntaje entre 6 y 8) y conocimiento excelente (puntaje ente 9 y 10). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, utilizando chi cuadrada para variables cualitativas y t de student para variables cuantitativas. Considerando una diferencia estadísticamente significativa con una p mayor a 0.05. **Resultados:** De los 422 pacientes, 60% fueron del sexo femenino (255), 40% del sexo masculino (167). De acuerdo a la distribución de edad, se observó que la gran mayoría correspondieron al grupo mayor o igual a 60 años (87.4%). En relación con el tiempo de evolución de la Hipertensión arterial, el 60% (253), tiene más de 5 años. El primer bloque del cuestionario consta de 10 preguntas enfocadas a medir el conocimientos sobre la Hipertensión arterial, detectándose que el 6%, presentó un nivel de conocimiento regular, 62% nivel bueno y un 32% un nivel de conocimiento excelente. Cabe mencionar que no hubo ningún caso de nivel de conocimiento deficiente entre los entrevistados. También se contempló un apartado sobre la identificación de factores de riesgo observado que el 77% de los pacientes tienen un nivel excelente, el 21% cuentan con un nivel bueno y solo un 2% tienen un nivel regular, no detectando ningún entrevistado con nivel deficiente.

Conclusiones: Se observó que la mayoría de los pacientes hipertensos entrevistados, posee un nivel de conocimiento bueno y excelente, contrariamente a lo reportado en la literatura médica. Se observó una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y la ocupación, el sexo, la edad, los factores de riesgo y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Sin embargo, los resultados obtenidos pudieron deberse a las características muy particulares de la población estudiada; por lo tanto, como propuesta de mejora en futuras investigaciones, consideramos incluir otras unidades de Medicina Familiar de diferentes características, ubicadas en áreas geográficas diversas, con la finalidad de incluir diferentes niveles socioeconómicos, permitiéndonos contar con una mayor perspectiva.

ÍNDICE

Marco de referencia	8
Planteamiento del problema	24
Justificación	25
Objetivos del estudio	27
Metodología	29
• Tipo de estudio	
• Población, lugar y tiempo de estudio	
• Tipo de muestra y tamaño	
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
• Información y variables a recolectar	
• Método o procedimiento para captar la información	
Reporte de resultados	36
Análisis de resultados	70
Conclusiones	72
Referencias bibliográficas	75
Anexos	78

MARCO DE REFERENCIA

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo. La tensión arterial es un trastorno de alto riesgo que causa alrededor del 51% de las muertes por accidentes cerebrovasculares y el 45% de las debidas a coronariopatías. Se la considera responsable directa de 7.5 millones de fallecimientos en 2004, lo que representa aproximadamente el 12.8% de todas las defunciones mundiales.

La generalización del diagnóstico y el tratamiento ha propiciado un drástico descenso de la tensión arterial media en los países de ingresos altos. En cambio, se calcula que más de un tercio de la población de África tiene la tensión arterial alta, y el problema va en aumento. Muchos de estos casos podrían tratarse con medicamentos poco costosos, lo que reduciría considerablemente el riesgo de muerte o discapacidad por una cardiopatía o un accidente cerebrovascular. (1)

En España su prevalencia en adultos (mayores de 18 años) es de aproximadamente un 35% (y llega al 40% en edades medias y al 68% en los mayores de 60 años) y afecta a unos 10 millones de sujetos adultos. La hipertensión arterial es el “iceberg” clínico del problema de salud pública derivado del verdadero factor de riesgo cardiovascular.

En América su prevalencia es de 20 a 25% en las personas mayores de 18 años de edad, en la población mexicana es de 30 %. En Honduras la hipertensión arterial representó la quinta causa de morbilidad a nivel de todo el país con 110,507 atenciones, para el año 2005.

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México ya que afecta al 30.8 % de la población de entre 20 y 69 años de edad. (2)

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), estimó que en México existen 15.2 millones de personas que tienen hipertensión arterial entre los 20 y 69 años, sin embargo a partir de los 50 años la prevalencia supera el 50% o dicho de otra manera uno de cada 2 mexicanos la padece. En el 2006, mostró que la prevalencia de

hipertensión arterial en la población de 20 años o más es de 30.8%. Mientras que la prevalencia de hipertensión arterial por entidad federativa es menor en los estados del sur del país que en los del centro y norte. Las entidades con las prevalencias más altas entre 35 y 42.3% son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora.

Si consideramos que en un estudio de 52 poblaciones diferentes, la prevalencia fluctuó entre 0 y 33.5%, nuestro país presenta una de las prevalencias más altas, ya que en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) el promedio nacional fue de 30.05 % y tenemos doce entidades con cifras superiores a ese 33.5 %, la mayor es Baja California con 35.1%.

La prevalencia de hipertensión arterial se relaciona directamente con la edad, y a partir de los 50 años la prevalencia en la mujer es mayor. De todos los pacientes hipertensos, sólo una proporción (39%) tenía diagnóstico médico previo y el resto lo ignoraba (61%). A su vez, de los pacientes con diagnóstico médico previo, sólo el 46.9% se encontraba bajo tratamiento médico al momento de la entrevista, mientras que el 53.1% a pesar de saberse hipertenso, no tomaba tratamiento. De los hipertensos con tratamiento farmacológico, el 23.9 % se encontraron controlados (< 140 / 90 mm/Hg.). (3)

El costo total de la hipertensión en México para el escenario promedio correspondió a \$17,903 millones, de acuerdo a una población de hipertensos estimada en 13,704, 573 (prevalencia de 14.43 por cada 100 habitantes).

En México, tres instituciones gubernamentales suministran los servicios de salud pública. La población derechohabiente de la seguridad social es de 46.9% del total nacional; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución con mayor cobertura y atiende a 66.2% de dicha población.

La atención primaria de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se realiza en unidades de medicina familiar. Los factores relacionados con el descontrol de la Hipertensión Arterial fueron en orden de importancia, tomar más de dos fármacos

antihipertensivos, recibir atención de un médico general, ser atendido por un médico con más de 20 años en el servicio, ser atendido en el turno matutino, la edad, el IMC y los niveles séricos de creatinina, los factores de riesgo como obesidad tienen una elevada prevalencia, lo cual requiere una intervención urgente para modificar los estilos de vida.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Hipertensión Arterial se encuentra entre las cinco primeras causas de consulta en medicina familiar, ocupa el primer lugar de demanda de consulta por enfermedades crónicas, y se encuentra entre las primeras causas de egresos hospitalarios por este mismo tipo de enfermedad. En los últimos 25 años, la Hipertensión Arterial ha ocupado 4 % del total de muertes, y junto al accidente vascular cerebral y la cardiopatía isquémica 20% del total de fallecimientos

De acuerdo al panorama actual, estamos frente a una enfermedad que debe ser considerada como un problema serio de salud pública. (4)

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. La Hipertensión Arterial Sistémica esencial o primaria (HAS) comprende más de 90% de los casos de hipertensión y debe concebirse como una enfermedad multifactorial y progresiva con tendencia familiar, cuya expresión o evolución puede ser favorecida por conductas inapropiadas o estilos de vida. (5)

La hipertensión arterial primaria o esencial, es llamada así por el desconocimiento de su causalidad; es un reto para la comunidad científica y médica. De ser una entidad poco diagnosticada a principios del siglo XX, pasó a ser un verdadero problema de salud mundial y ubicarse en los primeros lugares de morbimortalidad en la población adulta, y sin duda la principal causa de consulta médica, sobre todo si se asocia con otras patologías relacionadas fisiopatológicamente con ella, como la DM, las dislipidemias y la aterosclerosis, con sus complicaciones terminales como

son la cardiopatía isquémica ,la enfermedad arterial periférica, los eventos vasculares cerebrales y el daño renal crónico

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial, caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial (PA), (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mm/Hg. La prevención primaria de la Hipertensión Arterial es un componente esencial en la disminución de la incidencia de ésta y otras enfermedades, esta medida debe basarse principalmente en la educación de la población. (6)

La Hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbi mortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, el infarto al miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida.

La modificación de los factores de riesgo y el estilo de vida, disminuye su incidencia y favorece el control. Así mismo, la hipertensión arterial es susceptible de control y con ello prevenir y modificar la aparición de sus complicaciones.

Para el control del paciente hipertenso, existe una gran variabilidad en el tratamiento farmacológico, en muchos casos, no se han instrumentado medidas no farmacológicas, y en un elevado porcentaje no existe un adecuado control de las cifras tensionales, con los consecuentes incrementos en el riesgo de daño en los órganos blanco, la discapacidad, los costos de la atención y su repercusión en la economía familiar, en los sistemas de salud y en el país. (7)

El estudio del paciente hipertenso tiene por objetivos detectar las causas de hipertensión secundaria, valorar el daño ocasionado a los órganos blanco, conocer la presencia concomitante de otros factores de riesgo cardiovascular o padecimientos asociados y con ello, estratificar el riesgo y planear el tratamiento más adecuado.

La Hipertensión Arterial, puede ser asintomática, o tener síntomas inespecíficos como cefalea, mareo, acufenos, fosfenos y escotomas, parestesias, angustia y depresión, que no guardan relación con los niveles de la Presión Arterial.

La epidemiología cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y además, se presentan frecuentemente asociados. La identificación de los principales factores de riesgo modificables de las Enfermedades Cardiovasculares permite su prevención. Por lo tanto, de acuerdo a lo señalado, los cuatro factores de riesgo cardiovascular modificables mayores más importantes son: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, obesidad y el tabaco. Además, se pueden considerar otros factores el sedentarismo y el alcohol.

En México hay 66.537.97 habitantes de 20 años de edad o mayores y se ha visto en esta población que la prevalencia nacional de los factores de riesgo tradicionales: sobrepeso y obesidad 63%, diabetes mellitus 7.5%, tabaquismo 35.45%, hipertensión arterial 30.7%, dislipidemia 6.4%. Actualmente, el número de personas que se encuentran en riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular y el de aquellas que sobreviven a este tipo de eventos es cada día mayor. (8)

La experiencia ha demostrado que la creciente calidad de la vida de la población y un mejor control sobre los factores de riesgo contribuyen a un descenso de la mortalidad; el médico debe tener conciencia de que el control de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular es una medida eficaz, y de que el estudio clínico de estos pacientes y la actitud terapéutica también lo son y pueden serlo cada vez más en un futuro próximo. La hipertensión arterial es por tanto factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y se ha demostrado que aún en hipertensiones leves, existe una mayor probabilidad de desarrollar lesiones coronarias, mientras que en hipertensiones severas hay un mayor riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. En el estudio de Framingham, 70% de los pacientes con infartos cerebrales fueron a causa de hipertensión arterial. En el Estudio de Intervención de Múltiples Factores de Riesgo (Múltiple Risk Factor Intervention Trial)

se observó también que la hipertensión arterial fue el principal factor de riesgo para la ECV tanto hemorrágica como isquémica. Estos hechos epidemiológicos demuestran que entre el 50 y 75% de la enfermedad cerebrovascular, no ocurrirían, con tan sólo aplicar programas para un correcto control de la hipertensión arterial.

Factores de riesgo cardiovascular

Un factor de riesgo cardiovascular (FRC), es una característica innata o adquirida que se asocia a una mayor probabilidad de padecer una determinada lesión cardíaca o vascular. Los estudios clínicos epidemiológicos realizados en grandes poblaciones, cuyo precursor fue el estudio Framingham, han permitido identificar a una serie de factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, como son la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo y la dislipidemia, actuando todos estos como inductores de la formación de la placa de ateroma en los vasos sanguíneos.

Los factores de riesgo no modificables confieren un riesgo basal para cada individuo y los factores modificables tienen un efecto modulador sobre ese riesgo predeterminado, como lo menciona Framingham y otros factores, se ha logrado establecer cuáles son los factores de riesgo mayores e independientes, entendiéndose por independientes aquellos que por sí solos, pueden producir enfermedad coronaria. Los factores de riesgo mayores son aditivos en su poder predictivo para enfermedad coronaria, de tal manera que el riesgo total para una persona, puede obtenerse sumando el riesgo que otorga cada uno de dichos factores.

La investigación de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares es uno de los campos de mayor desarrollo en la epidemiología. A través de ellas se han identificado conductas que contribuyen marcadamente a la aparición de enfermedades cardiovasculares, así como también se ha demostrado que los individuos pueden reducir su riesgo al modificar estas conductas.

Los miembros de familia con antecedentes de ataques cardiacos se consideran factores de riesgo cardiovascular, el riesgo en hombres con historias familiares de evento cardiovascular antes de los 50 años de edad, es de 1.5 a 2 veces mayor que en quienes no aportan el factor hereditario. (9)

Dentro de los factores de riesgo modificables el uso del tabaco en sus diferentes variantes, especialmente los cigarrillos, se ha convertido en uno de los principales determinantes de los cambios en el perfil epidemiológico. Diversos estudios han establecido que el tabaquismo incrementa la incidencia de infarto del miocardio y la muerte súbita y potencia los efectos de otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial y las dislipidemias. No existen datos precisos sobre la prevalencia de tabaquismo activo en la población con: enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial o Diabetes Mellitus en nuestro país, pero es un factor de riesgo de alta prevalencia en México

El tabaco sigue siendo la droga psicoactiva más utilizada en el mundo, si bien es cierto que el número de fumadores ha disminuido en los países altamente industrializados, gracias a que se ha creado conciencia de sus efectos dañinos, su prevalencia sigue en aumento de forma similar tanto en hombres como en mujeres. El consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo para la salud del individuo y es un factor desencadenante de morbimortalidad prematura ligándolo al incremento en los daños que produce su consumo tanto a fumadores activos como pasivos, efectos que pueden ser prevenibles en cualquier tipo de población. La evidencia científica, demuestra que el tabaquismo eleva en 50% la probabilidad de sufrir ECV y de 100% cuando el consumo es intenso. (10)

La Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión establecieron la estratificación del riesgo en la Hipertensión Arterial, que aun en presencia de Hipertensión grado 1 considera de riesgo alto al sujeto que concomitantemente asocia Diabetes Mellitus.

En la ENSA la prevalencia nacional de Diabetes fue de 10.8%. En los Hipertensos se asoció la Diabetes en un 16.4%. La interrelación de la Hipertensión con la diabetes es bidireccional, pero no similar, ya que en los hipertensos se asocia la diabetes en un 16.4%, mientras que en los no hipertensos tan sólo 8.2%, es decir el hipertenso tiene riesgo de ser diabético dos veces más; por otro lado, en los diabéticos hay 46.2% de hipertensos y en los no diabéticos 28.1% de hipertensos; es decir el diabético tiene riesgo de ser hipertenso 1.6 veces más. Estimó que para ese entonces existían aproximadamente 15, 000, 000 de adultos hipertensos en México. Se mostró que el 61% de los adultos portadores de Hipertensión Arterial Sistémica desconocían ser portadores de la misma. De los pacientes con diagnóstico médico previo sólo el 46.9% se encontraba bajo tratamiento, mientras que el 53.1% que se sabía hipertenso no tomaba tratamiento. Ponderando cifras para la distribución poblacional y por género se obtiene un total neto de 14.6% de población hipertensa controlada. ENSA 2000 mostró, también la asociación de hipertensión y diabetes favorece significativamente la presencia de infarto del miocardio en sujetos masculinos, así como la enfermedad cerebrovascular y la hipertrofia ventricular izquierda en cualquier sexo.

Estudios clásicos como el UKPDS y el HOT, demostraron la utilidad de un buen control en los hipertensos, sobre todo en los diabéticos, por lo que la meta terapéutica en los hipertensos sin otras patologías debe ser menos de 140/90 mm/Hg., mientras que en el hipertenso diabético debe ser menos de 130/80 y en el que se asocia también nefropatía menos de 120/80.

Tanto la Hipertensión Arterial como la Diabetes Mellitus están participando en las principales causas de muerte de nuestra comunidad, al igual que en los primeros motivos de hospitalización, manifestados por problemas cardiovasculares, razón por la que está justificado que los cardiólogos deban estudiar y estar actualizados para atender a los hipertensos y a los diabéticos, pero hasta ahí nos quedaríamos cortos; la recomendación final es que todos los médicos y sobre todo los generales o familiares, médicos de primer contacto, en quienes recae la responsabilidad de iniciar

el estudio y tratamiento de estos enfermos, estén preparados para atenderlos en forma oportuna y adecuada. Acciones que nuestro país demanda. (11)

La diabetes mellitus tipo 2, es un factor de riesgo cardiovascular, la principal causa de mortalidad de los diabéticos es la enfermedad coronaria, responsable de más del 50% de los fallecimientos. Esta duplica o triplica la muerte coronaria en comparación con individuos no diabéticos. Los estados de intolerancia a la glucosa también se asocian con mayor mortalidad cardiovascular, pero la intolerancia a la glucosa no fue un predictor de esta mayor mortalidad. (19) Similar relación se ha informado en individuos mayores de 60 años, como lo demostró el Funagata Diabetes Study. Lo citado sugiere que la prevención de muerte cardíaca no sólo se debe hacerse en los diabéticos, sino en toda persona con intolerancia a la glucosa, con medidas no farmacológicas y farmacológicas que tengan por objetivo la normo glicemia.

El riesgo cardiovascular en las personas con diabetes es cuatro veces mayor y su asociación sobrepasa en forma amplia lo esperado al azar, encontrándose una prevalencia de hipertensión arterial del 50% en los diabéticos. Como se informa en ENSA 2000 el 16.4% de toda la población hipertensa tuvo diagnóstico de diabetes mellitus, sin embargo; de toda la población diabética (10.8%), el 46.2 % tuvo hipertensión arterial. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en población no hipertensa fue del 8.2%. Mientras que, la prevalencia de hipertensión arterial en la población no diabética fue del 28.1%.

El nivel de colesterol – LDL es el principal determinante de la conducta terapéutica en personas con dislipidemia. Toda persona que tenga un Col-LDL 190 mg/dl, debe iniciar tratamiento farmacológico, independiente de su nivel de riesgo. Se estima que una reducción de un 20% de la concentración de colesterol con el uso de estatinas disminuirá la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 30%, independientemente del riesgo absoluto antes del tratamiento.

En distintos estudios se ha observado que un índice de masa corporal elevado tiene un marcado efecto sobre la presión arterial. La prevalencia de obesidad en México es muy alta, el 46.3% de los mexicanos mayores de 20 años presentan obesidad (índice de masa corporal o índice de Quetelet \geq 27 Kg/m²) y el sobrepeso (índice de masa corporal o índice de Quetelet entre 25 y 26.9 Kg/m²) se encuentra en el 16.1%.

Por su parte, el alcohol tiene un efecto dual. En dosis bajas, es protector porque disminuye los niveles de fibrinógeno y la agregación plaquetaria, al tiempo que eleva las concentraciones de Lipoproteínas de Alta Densidad (HDL). Sin embargo, en exceso produce hipertensión y un estado hipercoagulable, induce arritmias cardíacas y reduce el flujo sanguíneo cerebral. Por tal motivo, sólo es posible recomendar su utilización en bajas cantidades, teniendo en cuenta el riesgo de abuso en cada paciente en particular. El consumo de alcohol se asocia a una mayor tasa de mortalidad cardiovascular en bebedores excesivos (más de 30 mililitros de alcohol absoluto al día). (12)

El sedentarismo es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. La actividad aeróbica regular, juega un rol significativo en la prevención. Niveles moderados de actividad, son beneficiosos a largo plazo si se realizan regularmente. Es sabido que hay vinculación entre la enfermedad coronaria y el estrés, probablemente en su interrelación con los demás factores de riesgo. Algunos de estos padecimientos son a su vez incurables (diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial), por lo que los individuos afectados tienen que recibir tratamiento a lo largo de su vida. Esto determina que una gran parte de ellos en el transcurso del tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control de la enfermedad. De tal manera que sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y 60% tienen un control real de ambas enfermedades (PSAA 2000 y SISPA 2000).

Se considera que la actividad física inadecuada es un factor independiente de riesgo de enfermedad coronaria y la inactividad está asociada con un incremento de al menos el doble del riesgo de un evento coronario. Se han encontrado adaptaciones estructurales y metabólicas, estas adaptaciones surgen para mantener una adecuada perfusión miocárdica con el objetivo de facilitar el aporte sanguíneo al músculo cardíaco. El ejercicio produce efectos beneficiosos sobre el perfil lipídico (reduce LDL y triglicéridos, aumenta las HDL) y mejora la sensibilidad a la insulina. Los programas de ejercicio con actividades de alto componente dinámico previenen la aparición de HTA o reducen la presión sanguínea en adultos con presión arterial normal o HTA. Sin embargo, el efecto de la actividad física en la presión arterial es más acentuado en los pacientes hipertensos, y se reduce una media de 6-7 mm Hg en la presión arterial sistólica y la diastólica, frente a 3 mm Hg en los individuos normotensos. Hasta el momento no parece que haya acuerdo sobre la intensidad de ejercicio más adecuada, aunque los de intensidad moderada producen disminuciones similares o incluso superiores a las producidas por los de gran intensidad.

La aparición de nuevos hábitos de consumo exceso en alimentos ricos en grasas saturadas y azúcares simples han provocado aumento en la ingesta calórica y de proteínas; el descenso del tiempo dedicado a la preparación de las comidas; y el aumento del consumo de productos congelados y de microondas, en relación a los nuevos patrones y modelos que rigen las pautas de alimentación en la sociedad actual y los grandes retos en materia de nutrición, viene a reforzar los fundamentos para un estilo de vida saludable y prevenir complicaciones. (13)

Mientras no se implanten medidas adecuadas de prevención, el problema de la hipertensión arterial nunca podrá ser resuelto. Para sustentar la importancia de la profilaxis, es necesario recordar que una gran proporción de pacientes con enfermedad cardiovascular, manejan cifras de tensión arterial ligeramente por encima del valor normal, pero que no alcanzan los niveles como para ser diagnosticados y menos aún, tratados como hipertensos. Además, está plenamente demostrado, que aunque se inicie el tratamiento y se reduzcan las cifras de presión

arterial, el individuo jamás volverá a tener un riesgo similar al de la población no hipertensa.

El hecho mismo de tener que tratar la enfermedad, incrementa los costos al sistema de salud y genera necesariamente efectos adversos en la población que recibe los medicamentos. Por lo tanto, como el incremento de la TA es un evento necesariamente ligado con la edad, y dado que se puede determinar la población más propensa a sufrir de hipertensión, es imprescindible instaurar en forma precoz la prevención primaria de la hipertensión arterial debe ser parte importante en todo programa integral y congruente, que tenga como objetivo adelantarse a la enfermedad, evitar o retrasar su aparición y sus complicaciones.

A pesar de la evidencia abrumadora de que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular importante y que las estrategias de reducción de la presión arterial reducen sustancialmente el riesgo, los estudios realizados en varios continentes, así como en diversos países europeos, indican de manera uniforme lo siguiente: una parte apreciable de los individuos hipertensos no saben que lo son o, si lo saben, no se tratan y rara vez se alcanzan los objetivos de presión arterial, con independencia de que se prescriba tratamiento o no y de que los pacientes tengan seguimiento. (14)

Impacto de la hipertensión arterial en la dinámica familiar

La aparición de una enfermedad crónica en alguno de los miembros de la familia, puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Es considerada como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar. La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se añaden valores, costumbres, y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se genera una serie de

respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa. Por ello resulta indispensable, que el médico familiar, se mantenga atento para apoyar al sistema en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familiar.

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, se pueden observar las del orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo. Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, es un conflicto grave, que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo domiciliario del paciente crónico. Finalmente es importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social el cual está limitado para llevarse a cabo de una manera normal debido a que en ocasiones se tiene que aislar al miembro enfermo para poder atenderlo. Se han considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; no sólo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo. (15)

Derivado de lo anterior, el abordaje actual de las patologías crónicas desde la medicina familiar debe partir de una visión holística para concretar estrategias individualizadas de abordaje del paciente y su familia, donde la participación informada del paciente se torna un pilar para lograr un adecuado apego del paciente al tratamiento. Una de estas estrategias, hace énfasis al efecto sistémico en la salud

al trabajar con todos los integrantes de la familia. Cada miembro, por ser persona independiente, pudiera tener distintas enfermedades en distintos estadios de evolución (factor de riesgo, enfermedad asintomática, enfermedad sintomática o en rehabilitación de una complicación), por lo que al intervenir en la familia se pudieran generar beneficios para múltiples condiciones de salud, en los distintos integrantes y en las diversas etapas de las enfermedades. Además, estas intervenciones pudieran tener un potencial impacto a corto, mediano y largo plazo, e incluso repercutir trans generacionalmente. Además, trabajar con las familias fomentando sus recursos internos no debiera tener un elevado costo, requerir de tecnología avanzada, ni tener grandes efectos adversos, lo que lo tiene el potencial de ser muy rentable económicamente y fácil de implementar.

A pesar de todos los potenciales beneficios, hasta ahora ha habido un escaso desarrollo de intervenciones dirigidas específicamente a las familias para potenciar sus fortalezas y mejorar su salud. Necesitamos mayor investigación para entender cómo los factores psicosociales y familiares afectan el desarrollo de las conductas de salud y conocer los componentes críticos que debieran incluir intervenciones dirigidas a la familia. Debiéramos diseñar, implementar y evaluar innovaciones dirigidas a la promoción del bienestar familiar fortaleciendo sus recursos internos. Así, aumentando el apoyo familiar, mejorando la calidad de relaciones y generando cambios en los hábitos de vida familiar, se pudiera contribuir a controlar el avance de las enfermedades crónicas, mejorar la salud de las personas y aumentar la calidad de vida de todos. (16)

Conocimiento del paciente de la hipertensión arterial

Se realizó un estudio en Perú en una muestra de pacientes hipertensos con el propósito de determinar el nivel de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular se les pidió contestar el cuestionario que contenía las variables independientes: factores de riesgo cardiovascular y conocimientos sobre hipertensión arterial. Determinándose que el conocimiento es bajo en el 45.8 % de la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, 35 % de las

personas tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, el 62.8 % del sexo masculino; predominaron los pacientes de 60 a 65 años , entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo con 25 % y alcohol con 29 % el riesgo es al menos el doble, en comparación con los no fumadores obteniéndose que son causas más comunes en las enfermedades cardiacas y con ello la presencia de enfermedad hipertensiva. (18)

El reconocimiento y evaluación de la hipertensión arterial es lograr la normalización de las cifras de tensión arterial y la prevención de las complicaciones cardiovasculares, es por ello que surge la motivación de conocer el nivel de conocimiento sobre la hipertensión y factores de riesgo cardiovascular en pacientes que acuden a esta unidad.

Ciertamente las enfermedades deben atenderse cuando se presentan, pero esto no basta, ya que es preciso controlar los factores de riesgo; afortunadamente se conocen factores de riesgo modificables, los cuales son en su mayoría los mismos en todo el mundo; sin embargo, no es fácil abordar estos problemas, ya que están relacionados con los estilos de vida y además existen otros tipos de intereses que dificultan lograr estos cambios. El fortalecer la prevención primaria, teniendo como base el control de los factores de riesgo, estará incidiendo en la prevención de las enfermedades o retardar su aparición. En estos lineamientos radica la importancia que tiene el médico familiar al ser el primer contacto con el paciente y su familia; puede en su momento detectar y modificar aquellos factores de riesgo cardiovascular y así mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes hipertensos.

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la hipertensión arterial o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la hipertensión arterial diabetes y sus complicaciones, se debe: alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente (al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la

semana); evitar el consumo de tabaco y alcohol, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. (19)

La educación de los pacientes hipertensos, es una herramienta esencial para optimizar el control de las cifras tensionales y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones, es decir, se debe enseñar al paciente a vivir y a convivir con la enfermedad, de tal suerte que pueda aprender a manejar su problema por sí mismo, incluyendo el monitoreo continuo de las cifras de tensión arterial, sin embargo, a pesar de los exitosos resultados obtenidos y publicados en este campo, la implementación de programas de educación en el continente latinoamericano, no ha alcanzado el desarrollo deseable, por razones muy disímiles, las cuales nos llevan a que el paciente no conozca su enfermedad y no quiera participar en su propio control y tratamiento. (20)

Es importante que el programa educativo interactúe directamente con las actividades de prevención primaria y secundaria, aspectos fundamentales para que el individuo modifique su estilo de vida y se refuercen los procesos que disminuyen el impacto de cualquier enfermedad. Los pacientes deben estar convencidos y motivados a participar activamente en su tratamiento, a pesar de las posibles limitaciones que su enfermedad imprima en la actividad diaria. De esta manera, el enfermo deberá aprender a tratar y reorganizar su vida adaptando su tratamiento a las variaciones cotidianas.

El objetivo fundamental en el manejo de los pacientes depende en gran medida del nivel de comprensión de la enfermedad y la destreza ante su cuidado diario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio del programa PREVENIMSS, difunde entre la población derechohabiente la necesidad de llevar a cabo revisiones periódicas para prevenir complicaciones generadas por la hipertensión arterial, la cual es una de las principales de causas de morbimortalidad.

En nuestra comunidad se ha observado una alta incidencia de pacientes hipertensos. Durante la consulta diaria se ha observado que un alto porcentaje de los pacientes que acuden continuamente son los hipertensos para su control mensual y dentro de esta población también existen los que ya cursan con complicaciones crónicas, debido al descontrol tan impresionante que existe en ellos a causa de un desconocimiento de su patología, de los factores de riesgo que ellos mismos pueden modificar si así lo desean y las complicaciones que derivan de ello.

La recomendación básica que se emite en las Unidades de Medicina Familiar a los derechohabientes, es acudir anualmente al servicio de Medicina Preventiva o con su médico familiar para que verifiquen la presión arterial, las revisiones son clave para detectar el desarrollo de la enfermedad.

Debido a la alta prevalencia con que se presenta la hipertensión en la población en general y la mayoría de sus factores son conocidos y modificables, sin embargo, a pesar de que cada vez son más numerosas las evidencias que apoyan un buen control de la presión arterial, la hipercolesterolemia, control de peso, dieta baja en sal, eliminar el hábito tabáquico y un buen control de las cifras de glucemia como medio de prevención de enfermedades cardiovasculares, y de que se dispone de un amplio y eficaz arsenal terapéutico, el insuficiente control de los factores de riesgo en la población general continúa siendo un importante problema de salud en la población. Por lo tanto, surge la pregunta:

Cuál será el nivel de conocimiento que tienen los pacientes hipertensos, acerca de su enfermedad y de los factores de riesgo cardiovascular en la Unidad de Medicina Familiar No. 80?

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial se estima que existen 600 millones de personas que padecen hipertensión arterial sistémica, de éstos, 420 (70%) millones corresponden a países en vías de desarrollo. (22)

En América Latina, el país con mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador (46% de la población ecuatoriana) y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. En cuanto a la mortalidad cardiovascular, Perú posee la menor cifra 11.9% de la mortalidad cardiovascular. (23)

En México, la hipertensión arterial es un problema de salud pública, se estimó una prevalencia de 30.05%, es decir que existen 15.2 millones de personas que tienen hipertensión arterial entre los 20 y 69 años, sin embargo, a partir de los 50 años, la prevalencia supera el 50% o dicho de otra manera uno de cada 2 mexicanos la padece. La prevalencia de hipertensión arterial se relaciona directamente con la edad, y a partir de los 50 años en la mujer es mayor. La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se calcula que aproximadamente el 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a esta patología. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en morbilidad del paciente adulto a nivel nacional. (24)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en un estudio realizado por Ismael Campos Nonato en 2013., se aplicó una encuesta con el objetivo de determinar la prevalencia en México, se categorizó la hipertensión arterial de acuerdo a la institución a la cual pertenecen los pacientes, observando que el 34.4% de los pacientes eran afiliados al ISSSTE, el 45.4% a la Secretaría de Salud, el 46.6% de los pacientes al IMSS y el 54% a instituciones privadas. Encontrando una prevalencia de 31.5%, de los cuales 47.3% desconocían que padecían hipertensión arterial. En México, recibir tratamiento farmacológico, no garantiza tener un control de la presión arterial, ya que sólo alrededor de la mitad de quienes reciben tratamiento tiene cifras dentro de rangos que establece la norma oficial mexicana, de

lo anterior, se deriva la importancia de que el paciente mejore la adherencia al tratamiento. Considerando la educación del paciente con respecto a su patología como uno de los pilares para lograr una adherencia terapéutica adecuada. (25). En base a lo anterior, la presente investigación tiene la finalidad de valorar el nivel de conocimiento sobre su enfermedad que poseen los pacientes hipertensos, ya que las investigaciones reportadas en la literatura médica a este respecto, es muy escasa

El abordaje del médico familiar debe partir desde la perspectiva de la medicina familia y todo lo que ello conlleva, por un lado teniendo en cuenta el entorno social, cultural, económico, religioso y la estructura familiar del paciente, entre otros elementos y por otro lado el aspecto clínico - biológico como factores de riesgo potenciales para el desarrollo de complicaciones de la hipertensión arterial, entre los cuales podemos mencionar: diabetes mellitus, dislipidemias, tabaquismo, sobrepeso y obesidad, entre muchos otros.

Para la realización del presente estudio, se contó con el apoyo de las autoridades delegacionales, contando con los recursos materiales, económicos y personales, por otra parte el estudio fue sometido a autorización por el Comité local de Investigación y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social local, siendo autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (SIRELCIS), con número de registro: R-2012-1503-19

Finalmente, el presente estudio se apega a la declaración de Helsinki, a las leyes nacionales y a los lineamientos generales para la realización de proyectos de investigación del IMSS; la Ley General de Salud en sus artículos 51 y 53 y el Reglamento de la ley General de Salud en sus artículos 100, fracción IV, 320 y 321 con respecto al consentimiento informado.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimientos de Hipertensión Arterial y factores de riesgo cardiovascular en paciente hipertensos que asistieron a la unidad de medicina familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos

1. Identificar en que sexo, existe un mejor nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial, en los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No.80
2. Identificar en que grupo de edad, existe un mejor de conocimiento sobre la hipertensión arterial, en los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
3. Analizar las condiciones de vivienda de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No.80
4. Identificar el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
5. Conocer la ocupación más frecuente de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
6. Conocer la prevalencia de diabetes mellitus en los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No.80
7. Conocer la prevalencia de obesidad en sus tres grados de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
8. Conocer la prevalencia de tabaquismo en los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
9. Conocer la prevalencia de alcoholismo en los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No.80
10. Conocer la prevalencia de dislipidemias en los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
11. Valorar el tipo de dieta de los pacientes estudiados en la Unidad de Medicina Familiar No.80

12. Valorar las cifras de presión arterial de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
13. Analizar si existe relación entre edad y nivel de conocimientos de la hipertensión arterial, de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
14. Analizar si existe relación entre el sexo y el nivel de conocimientos de la hipertensión arterial, de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
15. Analizar si existe relación entre ocupación y el nivel de conocimientos de la hipertensión arterial, de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80
16. Analizar escolaridad y el nivel de conocimientos de la hipertensión arterial, de los pacientes estudiados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y analítico.

Descriptivo: ya que se realiza una descripción de los fenómenos encontrados

Observacional: porque no se modificaron intencionalmente las variables, solo se describe lo ya existente

Transversal: porque las variables de estudio, se miden en una ocasión.

Población, Lugar y Tiempo de Estudio:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80. Del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación 16, ubicada en Calle Armadora Nash. Colonia Vista Hermosa, Tlalnepantla, Estado de México. En el servicio de consulta externa de ambos turnos. Dicha unidad proporciona atención médica de primer nivel, su área de influencia está ubicada principalmente en el norte del Valle de México; pero cabe mencionar que esta Unidad les otorga servicio a derechohabientes que laboran en Comisión Federal de Electricidad y a familiares beneficiarios. La forma como se presentaron los pacientes a la unidad fue espontánea o con cita previa. Contando con una infraestructura constituida por dirección, administración, módulo de asistentes médicas, 3 consultorios de medicina familiar, consultorios de servicio dental, módulo de trabajo social, comedor, departamento de mantenimiento, área de medicina preventiva, servicio de curaciones, almacén de servicios básicos, módulo de ARIMAC, módulo de control de prestaciones médicas y farmacia. Además cuenta apoyo de varios hospitales de segundo nivel para la atención de los pacientes que requieran de otras especialidades, el Hospital General Regional No. 72 donde se difieren pacientes que requieren dichas atenciones (Ginecología, Obstetricia, Neurología, Psiquiatría, Psicología, Oncología). También el Hospital General de Zona No. 58, Hospital General 194 y Hospital General 24. Los consultorios de la unidad cuentan con el siguiente equipo: mesa de exploración, equipo para toma de signos vitales: baumanómetro de pared, termómetro), estetoscopio, abate lenguas, cinta métrica, Pinard, martillo, tarja (aseo de manos), escritorio, sillas, computadora, impresora.

Las vías de comunicación de acceso a la clínica son principalmente Periférico y Av. Gustavo Baz. Existe además transporte público como camiones, microbuses, peceras y taxis particulares, también pueden acudir en vehículo particular.

La presente investigación fue realizada, durante el período comprendido entre Julio y Diciembre del 2013.

Tipo de muestra

Se tomó una muestra probabilística, conformada con los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio, contestando un cuestionario expreso sobre “valoración de los conocimientos de hipertensión y factores de riesgo cardiovascular en primer nivel de atención”.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se calculó, mediante la fórmula:

$$N_o = \frac{z^2 p q}{E^2}$$

No = Primera aproximación al tamaño de la muestra.

Z = Valor de unidades z bajo la curva normal.

p y q = Variabilidad del fenómeno en término de la proporción de la población objeto de estudio que se estima que tiene una característica determinada.

E = Precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

Sustituyendo valores, en donde:

$$Z = 1.960$$

$$P = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$E = 5\%$$

$$N = \frac{(1.960)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

Se utilizó un método probabilístico por conveniencia, mediante una muestra representativa, con un nivel de confianza de 95 % y precisión del 5 %, siendo un total de 384 pacientes.

$N = 384 + 10\%$ por perdidas = 38.4

No. de encuestas = 422.4

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 20 a 59 años de edad, ambos sexos, ambos turnos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80
- Pacientes hipertensos confirmados con o sin diabetes mellitus 2
- Acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Que no acepten participar en el estudio

Criterios de Eliminación:

- Pacientes que contesten incompleto el cuestionario (mayor o más del 10% del cuestionario)

Información y variables a recolectar:

Variables Sociodemográficas

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Sexo	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino	De acuerdo a la apariencia física: a) masculino b) femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en el que se atiende	Desde que el paciente nació, hasta el momento del estudio, y se tomarán los siguientes rangos: 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 o más	Cuantitativa Discontinua	Nominal

Variable dependiente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Nivel de Conocimiento	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia	De acuerdo al instrumento utilizado, se clasifica en los siguientes parámetros: Conocimiento deficiente (puntaje menos a 3) Conocimiento regular (puntaje entre 4 y 5) Conocimiento bueno (puntaje entre 6 y 8) Conocimiento excelente (puntaje entre 9 y 10)	Cuantitativa	Nominal

Variable independiente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Hipertensión arterial sistémica	Presión arterial sistólica de 140 mm/Hg. o superior y/o presión arterial diastólica de 90 mm/Hg. o superior	Para este estudio se considerará la clasificación de la Norma Oficial Mexicana la cual considera: Óptima (< 120 / < 80) Normal (120 – 129/80-84) Normal-elevada (130-139/85-89) HTA G1 (ligera 140-159 / 90-99) HTA G2 (moderada 160-179/ 100-109) HTA G3 (grave ≥ 180 / ≥ 110) HTA sistólica (aislada ≥ 140 / < 90).	Cuantitativa Discreta	Nominal

Variables de factores de riesgo cardiovascular

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala De Medición
Diabetes mellitus 2	Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl. Glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl. O bien glucemia ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol./l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.	Todo paciente con diagnóstico establecido mayores de 126 mg./dl., registradas en dos ocasiones diferentes	Cualitativa	Nominal dicotómica
Obesidad	Paciente con índice de masa corporal mayor a 30	Paciente con I.M.C. mayor a 30 GRADO I = 30 – 34.9 GRADO II = 35 – 39.9. GRADO III = 40 o más	Cualitativa	Nominal dicotómica
Tabaquismo	Según la OMS, un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.	Paciente que fumé desde un cigarrillo diario.	Cualitativa	Nominal dicotómica.
Dislipidemia	Alteraciones cualitativas o cuantitativas de los lípidos o lipoproteínas que circulan en sangre.	Niveles de colesterol y / o triglicéridos por arriba de 200 y 150 mg. / dl. respectivamente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Sedentarismo	Es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo	Pacientes con actividad física nula (menos de 10 minutos al día)	Cualitativa	Nominal dicotómica.

	general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardiacas.			
Dieta	Conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen en forma equilibrada	Todos los alimentos que el paciente ingiere	Cualitativa	Nominal dicotómica.
Ejercicio	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que tiene como resultado un gasto de energía	Realización de ejercicio por lo menos 20 minutos al día	Cualitativa	Nominal dicotómica.
Alcoholismo	Paciente que consume el equivalente a 10g o mas de alcohol mínimo 3 veces a la semana	Bebedores excesivos (más de 30 mililitros de alcohol absoluto al día).	Cualitativa	Nominal dicotómica.

Instrumentos de medición.

Para la evaluación de aspectos socioeconómicos, se aplicó el método de Graffar, éste incluye cuatro variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos y condiciones de la vivienda., siendo validado mediante formas paralelas. (21)

Para determinar el nivel de conocimientos se aplicó una encuesta a la muestra poblacional antes determinada de derecho – habientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 al asistir a su revisión periódica, compuesta de una serie de preguntas que ayudaron a determinar el nivel de conocimiento acerca de los alcances, complicaciones y riesgos cardiovasculares que implica el padecimiento crónico degenerativo hipertensión arterial.

El cuestionario fue aplicado personalmente por la médico Laura Lobato Ramírez responsable de estudio.

El derecho-habiente fue abordado durante su revisión médica periódica, con previa autorización por el Comité Local de Investigación y por las Autoridades de la Unidad de Medicina Familiar 80, solicitando inicialmente su consentimiento informado, para

realizar dicha prueba, firmando una carta de conformidad, El médico responsable permaneció en todo momento para esclarecer cualquier duda surgida durante el proceso, en el área especial asignada para la realización de tal encuesta. Cabe mencionar que en ocasiones tal actividad se realizó fuera de horario de trabajo.

El instrumento a través del cual se observaron las variables, consta de un cuestionario descriptivo con preguntas de formato categórico múltiple (si, no) que mide el conocimiento. Se divide en 3 bloques. El primer bloque está conformado por datos socio demográficos y recoge información sobre edad, sexo y ocupación. El segundo bloque, son preguntas sobre el conocimiento de hipertensión arterial y el tercer bloque sobre el conocimiento de factores de riesgo (diabetes mellitus, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes familiares, dislipidemias, etc.).

La puntuación asignada a cada pregunta será de: UNO (respuesta correcta) o CERO (respuesta incorrecta), lo que generó un rango de puntajes entre 0 y 10, se tomó a partir de 6 para valorar un adecuado conocimiento. Por lo que puntajes mayores o iguales a 6 se consideraran adecuados y los menores a 6 como inadecuados. (21)

Adicionalmente se establecerán las siguientes ponderaciones:

- Conocimiento deficiente (puntaje menos a 3)
- Conocimiento regular (puntaje entre 4 y 5)
- Conocimiento bueno (puntaje entre 6 y 8)

Una vez realizadas las encuestas, se realizó la concentración de la información en una base de datos de Excel y el paquete de datos SPSS; los resultados se expresaron mediante tablas y gráficas.

Al concluir la aplicación de los cuestionarios, la información fue analizada y procesada en una tabla de resultados, la cual permitió la obtención de una teoría, ante la hipótesis propuesta.

RESULTADOS

Se estudió un total de 422 pacientes, de los cuales el 60 % fueron del sexo femenino y un 40 % del sexo masculino

Tabla No. 1

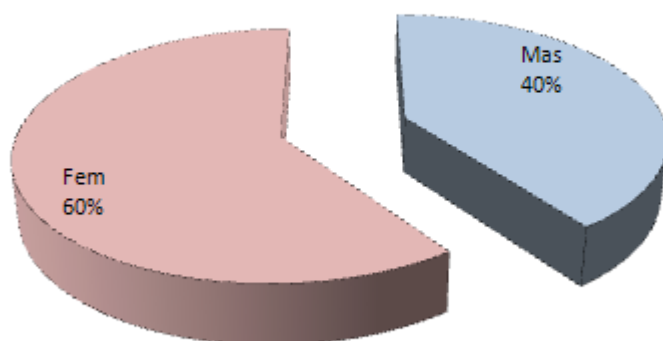
Distribución por sexo de Pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del IMSS
Diciembre 2013

Sexo	No.	%
Masculino	167	40
Femenino	255	60
Total	422	100

Fuente: Directa

Gráfica No. 1

Distribución por sexo de Pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del IMSS
Diciembre 2013



De acuerdo a la distribución por grupo de edad, se observó que la gran mayoría correspondieron al grupo mayor o igual a 50 años, mismos que representaron un 87.4%; en segundo lugar con un 8.3 % se encontraron los que tenían entre 40 y 49 años, en tercer lugar con un 3.3 % a los pacientes entre los 30 y 39 años y finalmente con solo el .09 % los entrevistados entre 20 y 29 años de edad.

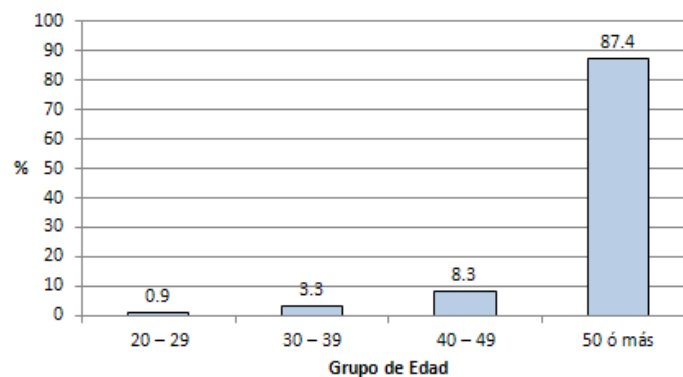
Tabla No. 2

Distribución por grupo de edad de Pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

Edad (Años)	No.	%
20 – 29	4	0.9
30 – 39	14	3.3
40 – 49	35	8.3
50 o más	369	87.4
Total	422	100.0

Fuente: Directa

Gráfica No. 2
Distribución por grupo de edad de Pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



De acuerdo a la distribución por grupo de edad y sexo se encontró que los únicos 4 pacientes menores de 29 años fueron del sexo masculino; y de los 369 pacientes mayores de 50 años solo 137 fueron hombres y 232 correspondieron a mujeres, esta distribución presenta una diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 11.79$; 3 gl; $p = 0.01$) es decir en los menores de 39 años predominan los hombre y en las mayores de 50 años predominaron las mujeres.

Tabla No. 3

Distribución por grupo de edad y sexo de pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

Edad (Años)	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
20 – 29	4	0	4
30 – 39	9	5	14
40 – 49	17	18	35
50 o más	137	232	369
Total	167	255	422

Fuente: Directa

En virtud de que la gran mayoría de los pacientes entrevistados fueron del sexo femenino, en el análisis de la ocupación se vio un predominio de las amas de casa con un 39.1%, en segundo lugar se encontraron los jubilados con un 32.7%; el personal profesional representó el 16 % en tercer lugar; los obreros se registraron en solo un 4.5 %

Gráfica No. 3
 Distribución por grupo de edad y sexo de Pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

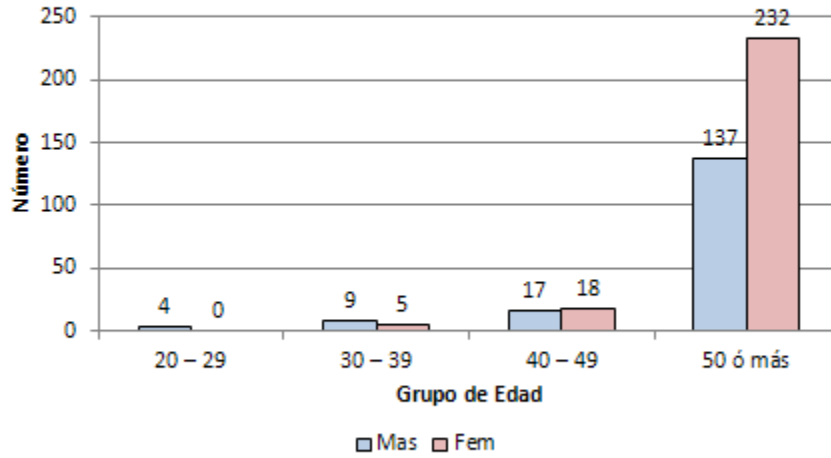


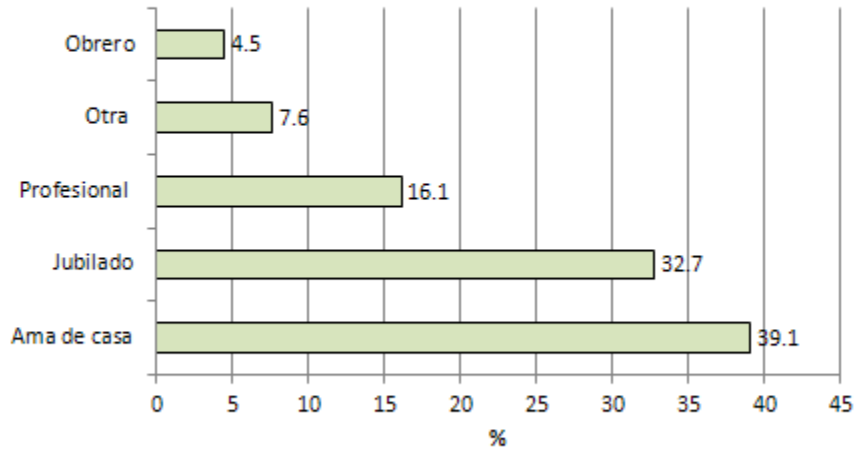
Tabla No. 4

Ocupación de los Pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

Ocupación	No.	%
Ama de casa	165	39.1
Jubilado	138	32.7
Profesional	68	16.1
Otra	32	7.6
Obrero	19	4.5
Total	422	100.0

Fuente: Directa

Gráfica No. 4
 Ocupación de los Pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



De acuerdo con la profesión pero del jefe de familia, se encontraron a Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas, en un 32.5%, en segundo lugar con un 33.2 % se encontraron los profesionales técnicos, mediano comerciantes o de la pequeña industria; asimismo se encontró que los empleados sin profesión técnica definida o universidad inconclusa, representaron el 21.8%; los obrero especializados y no especializados representaron el 10.7 y 1.9 % respectivamente.

Tabla No. 5

Profesión del Jefe de Familia de los pacientes con Hipertensión Arterial,
entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del
Seguro Social. Diciembre 2013

Profesión	No.	%
A	137	32.5
B	140	33.2
C	92	21.8
D	45	10.7
E	8	1.9
TOTAL	422	100.0

A.- Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas

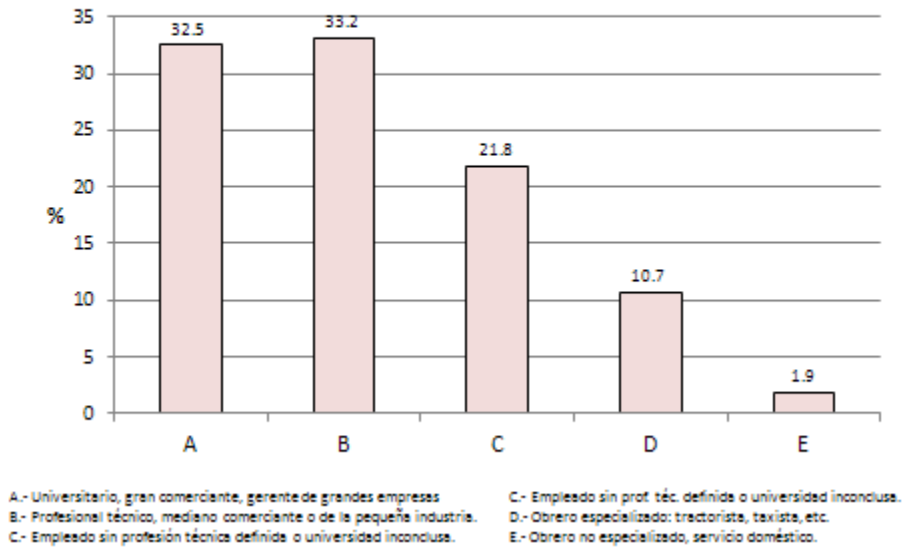
B.- Profesional técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.

C.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.

D.- Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.

E.- Obrero no especializado, servicio doméstico.

Gráfica No. 5
 Profesión del Jefe de Familia de los pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados
 en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Diciembre 2013



De acuerdo con el nivel de instrucción de la madre, en su mayoría fue Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa, con un 43.6 %; las madre con nivel universitario representaron el 19.0 % en segundo lugar y en tercer lugar con un 17.8% se encontraron las que contaron educación primaria incompleta, es necesario mencionar que se encontró un 4.5 % con primaria incompleta o analfabeta.

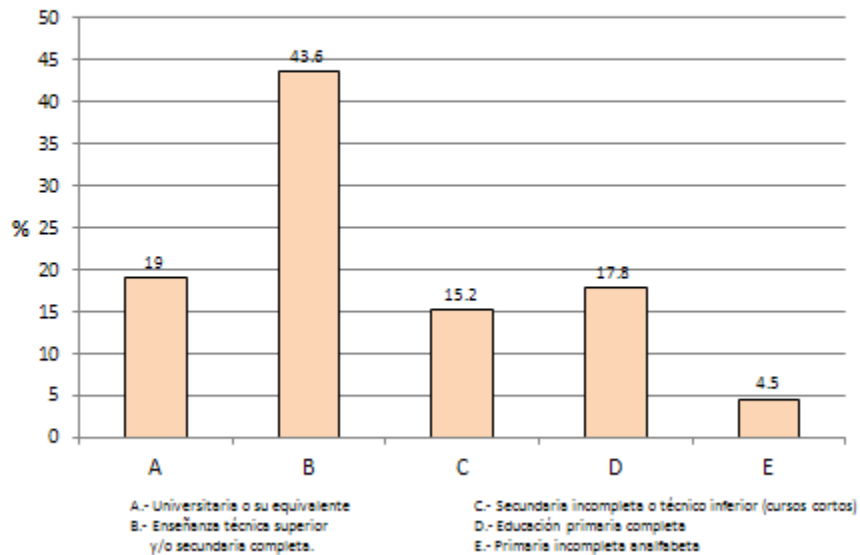
Tabla No. 6

Nivel de Instrucción de la Madre de los pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

Nivel	No.	%
A	80	19.0
B	184	43.6
C	64	15.2
D	75	17.8
E	19	4.5
Total	422	100.0

- A.- Universitaria o su equivalente
- B.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- C.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- D.- Educación primaria completa
- E.- Primaria incompleta analfabeta

Gráfica No. 6
 Nivel de Instrucción de la Madre de los pacientes con Hipertensión Arterial,
 entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del
 Seguro Social. Diciembre 2013



La mayoría de los entrevistados (78.2%) tienen una fuente de ingresos a base de sueldos quincenales y mensuales, en segundo lugar con un 14.7% los que tienen Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios, médicos, abogados, deportistas profesionales; en tercer lugar con un 5.7% los subsidios de origen público o privado.

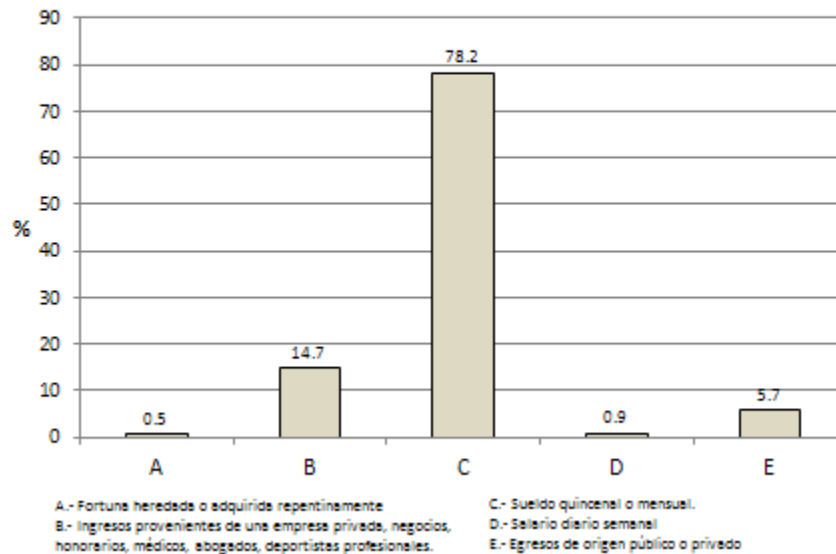
Tabla No. 7

Principal fuente de ingresos de los pacientes con Hipertensión Arterial,
 entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del
 Seguro Social. Diciembre 2013

Ingresos	No.	%
A	2	0.5
B	62	14.7
C	330	78.2
D	4	0.9
E	24	5.7
Total	422	100.0

- A.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente
- B.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios, médicos, abogados, deportistas profesionales.
- C.- Sueldo quincenal o mensual.
- D.- Salario diario semanal
- E.- Egresos de origen público o privado (subsidios)

Gráfica No. 7
Principal fuente de ingresos de los pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



De acuerdo con las condiciones de la vivienda de los entrevistados, en su mayoría (42.2%) cuentan con una vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias; en segundo lugar los que tienen viviendas amplias y con óptimas condiciones sanitarias con un 37.7%, en tercer lugar con un 19.7% los que cuentan con una Vivienda con espacios reducidos pero confortables y con buenas condiciones sanitarias. Y solamente el 0.5% respondió tener una Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.

Tabla No. 8

Condiciones de la vivienda de los pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

Vivienda	No.	%
A	159	37.7
B	178	42.2
C	83	19.7
D	2	0.5
Total	422	100.0

A.- Vivienda amplia y con óptimas condiciones sanitarias.

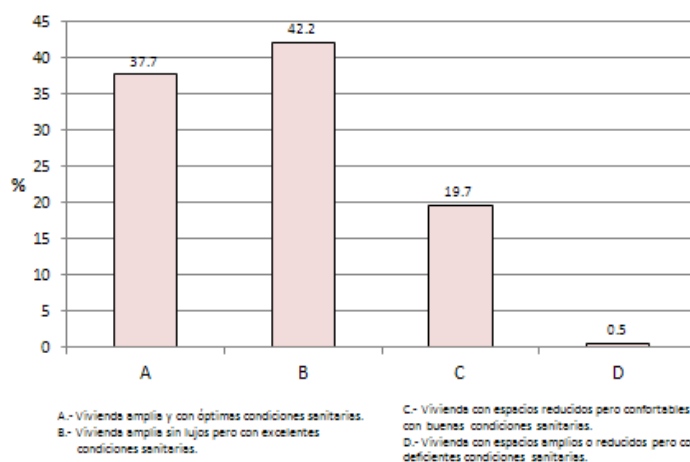
B.- Vivienda amplia sin lujos pero con excelentes Condiciones sanitarias.

C.- Vivienda con espacios reducidos pero confortables Con buenas condiciones sanitarias.

D.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con Deficientes condiciones sanitarias.

Gráfica No. 8

Condiciones de la vivienda de los pacientes con Hipertensión Arterial, entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



En relación con el tiempo de evolución de la Hipertensión arterial de los pacientes entrevistados, el 60 % tiene más de 5 años, en segundo lugar se encontraron los que tienen entre 1 a 5 años de evolución y todos los pacientes con menos de 1 año de evolución solo fue el 9.7%

Tabla No. 9

Pacientes entrevistados según tiempo de evolución de su Hipertensión Arterial, Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

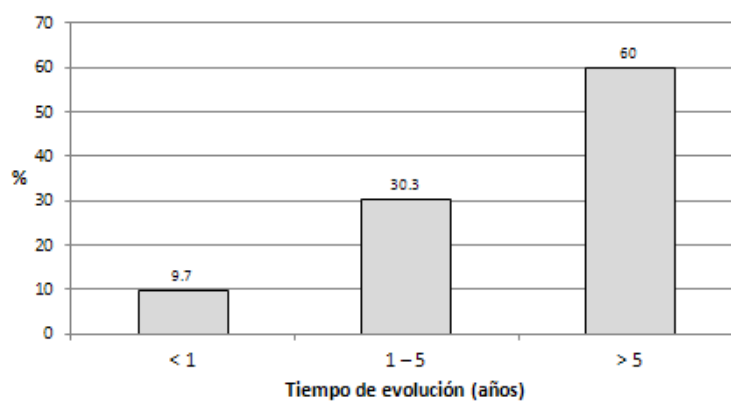
Diciembre 2013

Evolución (Años)	No.	%
< 1	41	9.7
1 – 5	128	30.3
> 5	253	60.0
Total	422	100.0

Fuente: Directa

Gráfica No. 9

Pacientes entrevistados según tiempo de evolución de su Hipertensión Arterial, Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



En el cuestionario se encontró un bloque de 10 preguntas enfocadas a medir el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial, mismas que fueron calificadas de acuerdo con el número de respuestas correctas en la siguiente forma: Deficiente

≤ 3 Regular 4 y 5
 Bueno 6 y 8 Excelente 9 y 10

De este modo se pudo detectar que el 6% presentó un nivel de conocimiento regular, el 62 % presentó un nivel bueno y un 32 % un nivel de conocimientos excelente.

Es importante destacar que no hubo ningún caso de nivel de conocimiento deficiente entre los entrevistados;

Tabla No. 10

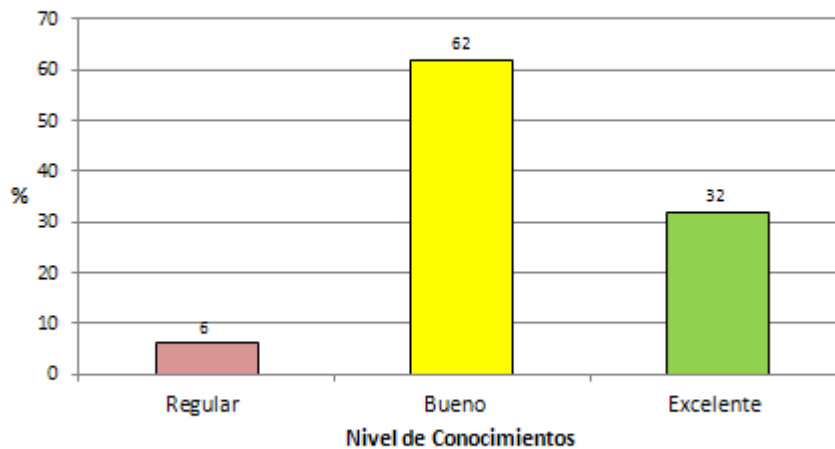
Nivel de conocimientos sobre Hipertensión Arterial de pacientes entrevistados en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diciembre 2013

Nivel	No.	%
Deficiente (≤ 3)	0	0
Regular (4 - 5)	26	6
Bueno (6 - 8)	262	62
Excelente (9 -10)	134	32
Total	422	100

Fuente: Directa

Gráfica No. 10
 Nivel de conocimientos sobre Hipertensión Arterial de pacientes entrevistados en la
 Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Diciembre 2013



En la entrevista también se contempló un apartado de 10 preguntas sobre la identificación de factores de riesgo, misma que fue calificada del mismo modo que en el caso anterior.

Se encontró una mayor proporción (77%) de calificaciones con un nivel de excelente, en segundo lugar (21%) con nivel Bueno y solo un 2 % con nivel regular, del mismo modo que en el caso anterior no se detectó ningún entrevistado con nivel deficiente.

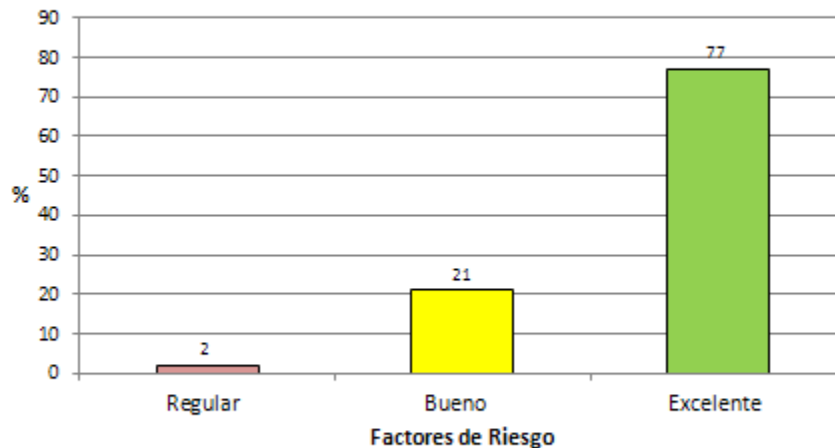
Tabla No. 11

Identificación de Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

Nivel	No.	%
Deficiente (≤ 3)	0	0
Regular (4 - 5)	9	2
Bueno (6 - 8)	87	21
Excelente (9 -10)	326	77
Total	422	100

Fuente: Directa

Gráfica No. 11
 Identificación de Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



Se procedió además de conjuntar los dos apartados, tanto del nivel de conocimientos como la identificación de factores de riesgos para obtener una calificación global de las 20 preguntas, quedando de la siguiente manera: el 2% con un nivel regular; el 56 % con un nivel bueno y un 42 % con un nivel excelente.

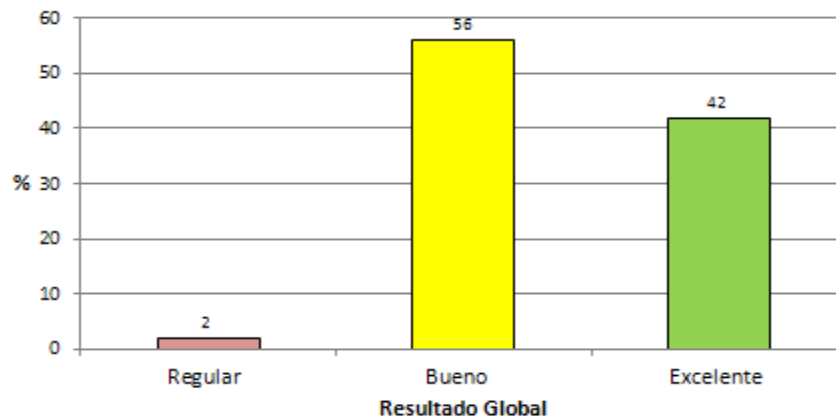
Tabla No. 12

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

Nivel	No.	%
Regular (8 - 11)	9	2
Bueno (12 - 17)	235	56
Excelente (18 - 20)	178	42
Total	422	100

Fuente: Directa

Gráfica No. 12
Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados de la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



Al realizar el cruce de variables se encontró que si existe una asociación estadísticamente significativa entre presentar un nivel Bueno y Excelente de conocimientos sobre la hipertensión arterial así como de los factores de riesgo y pertenecer al sexo femenino ($X^2 = 8.18$; 2 gl.; $p = 0.017$)

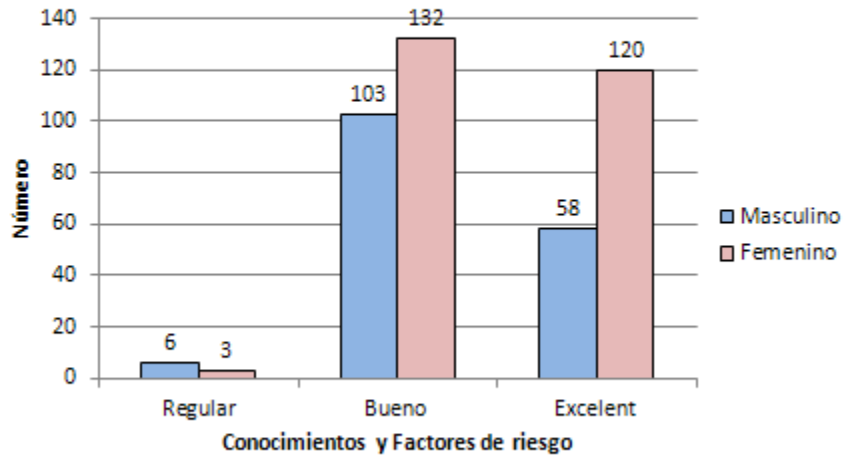
Tabla No. 13

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por sexo
Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Diciembre 2013

Sexo	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
Masculino	6	103	58	167
Femenino	3	132	120	255
Total	9	235	178	422

Fuente: Directa

Gráfica No. 13
 Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por sexo
 Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Diciembre 2013



Referente al cruce de variables del nivel Bueno y Excelente de conocimientos sobre la hipertensión arterial así como de los factores de riesgo y grupo de edad, se encontró que si existe una asociación estadísticamente significativa entre ser mayor de 50 años de edad y contar un nivel bueno y excelente, a un 95 % de confianza ($X^2 = 30.65$; 2 gl; $p < 0.05$)

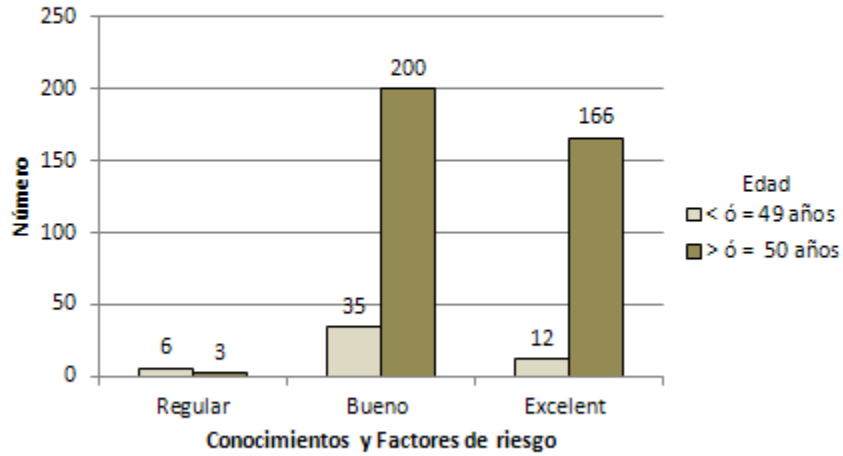
Tabla No. 14

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por grupo de edad
 Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Diciembre 2013

EDAD	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
≤ 49 años	6	35	12	53
≥ 50 años	3	200	166	269
Total	9	235	178	422

Fuente: Directa

Gráfica No. 14
 Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por grupo de edad
 Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Diciembre 2013



Se pudo identificar que si hay una asociación significativa entre presentar un nivel bueno y excelente de conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por ocupación, ya que son las amas de casa las que presentan la mayor frecuencia en el nivel excelente y los jubilados en el nivel Bueno, en el grupo con nivel regular predominaron los obreros ($X^2 = 99.46$; 8 gl; $p < 0.05$)

Tabla No. 15

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por ocupación

Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diciembre 2013

Ocupación	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
Ama de casa		78	87	165
Jubilado	3	79	56	138
Profesional		48	20	68
Otra		19	13	32
Obrero	6	11	2	19
Total	9	235	178	422

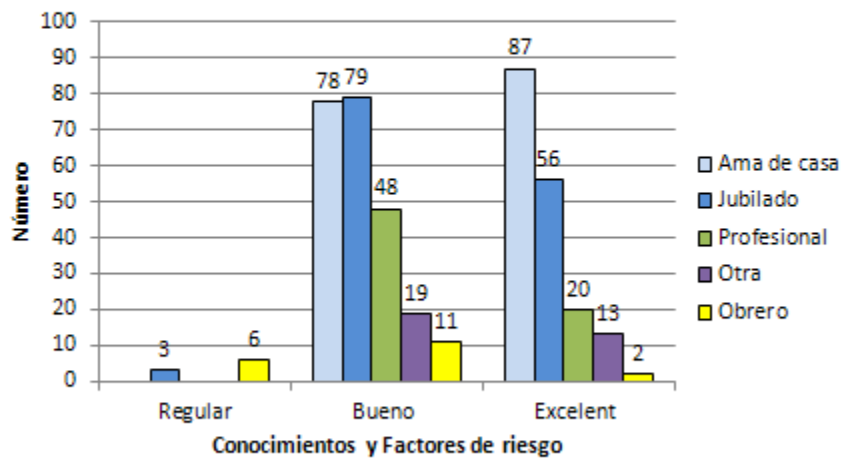
Fuente: Directa

Gráfica No. 15

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por ocupación

Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diciembre 2013



La distribución de la evaluación global con la profesión del jefe de familia no presentó una asociación significativa ($X^2 = 13.34$; 8 gl; $p = 0.101$)

Tabla No. 16

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por profesión del jefe de familia Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diciembre 2013

Profesión del Jefe de fam.	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
A		80	57	137
B	6	72	62	140
C	3	46	43	92
D		32	13	45
E		5	3	8
Total	9	235	178	422

A.- Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas

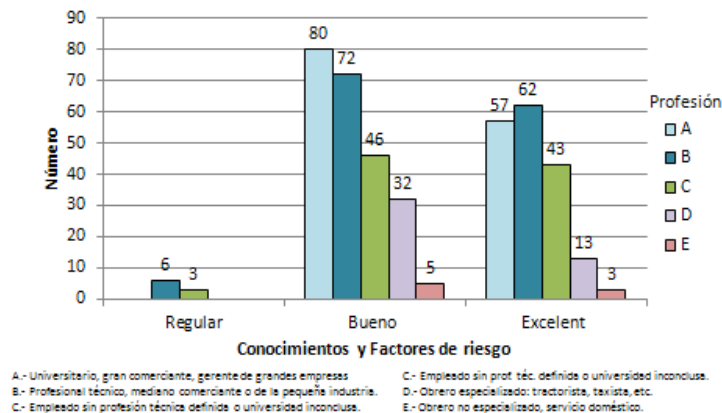
B.- Profesional técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.

C.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.

D.- Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.

E.- Obrero no especializado, servicio doméstico.

Gráfica No. 16
Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por profesión del jefe de familia Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Diciembre 2013



En lo referente a la instrucción de la madre y su relación con nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular, se encontró una asociación significativa entre tener un nivel bueno y excelente y que la madre tenga grado de Universitaria o su equivalente, así como de enseñanza técnica superior ($X^2 = 36.41$; 8 gl; $p < 0.05$)

Tabla No. 17

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos

Por nivel de instrucción de la madre

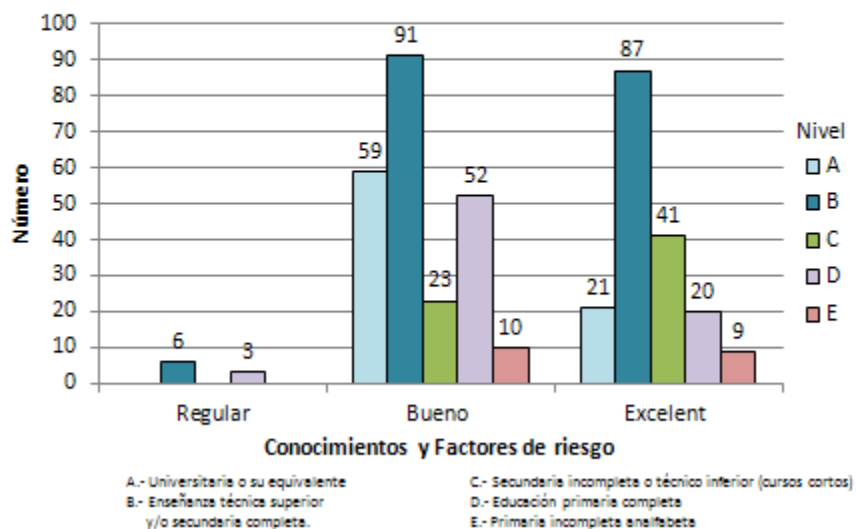
Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diciembre 2013

Instrucción de la madre	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
A		59	21	80
B	6	91	87	184
C		23	41	64
D	3	52	20	75
E		10	9	19
Total	9	235	178	422

- A.- Universitaria o su equivalente
- B.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- C.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- D.- Educación primaria completa
- E.- Primaria incompleta analfabeta

Gráfica No. 17
Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por nivel de instrucción de la madre
Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Diciembre 2013



En relación al ingreso, y los conocimientos sobre hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular, no presentaron una asociación significativa, ya que los ingresos del nivel bueno y nivel excelente presentan una distribución muy parecida ($X^2 = 5.84$; 8 gl; $p = 0.67$)

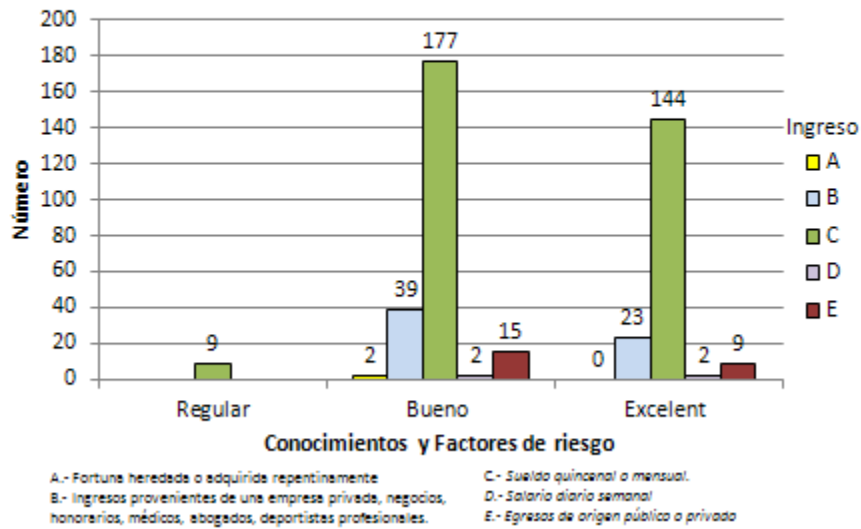
Tabla No. 18

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos tipo de ingreso
Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Diciembre 2013

Ingreso	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
A		2	0	2
B		39	23	62
C	9	177	144	330
D		2	2	4
E		15	9	24
Total	9	235	178	422

- A.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente
- B.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios, médicos, abogados, deportistas profesionales.
- C.- Sueldo quincenal o mensual.
- D.- Salario diario semanal
- E.- Egresos de origen público o privado (subsidios)

Gráfica No. 18
 Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos tipo de ingreso Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013



Con respecto al tipo de vivienda se encontró una asociación significativa entre presentar un nivel bueno y excelente y contar con una vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias ($X^2 = 18.38$; 6 gl; $p < 0.05$)

Tabla No. 19

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por condiciones de vivienda Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diciembre 2013

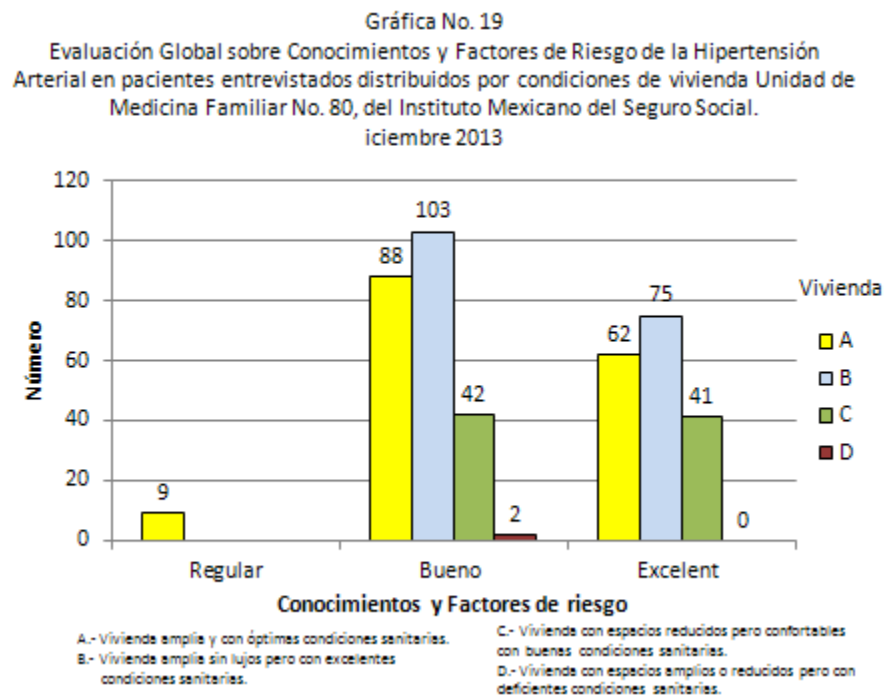
Vivienda	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
A	9	88	62	159
B		103	75	178
C		42	41	83
D		2	0	2
Total	9	235	178	422

A.- Vivienda amplia y con óptimas condiciones sanitarias.

B.- Vivienda amplia sin lujos pero con excelentes
Condiciones sanitarias.

C.- Vivienda con espacios reducidos pero confortables
con buenas condiciones sanitarias.

D.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con
Deficientes condiciones sanitarias.



Si existe la suficiente evidencia de que a un mayor tiempo de evolución de la enfermedad, es mayor el nivel de Conocimientos de la Hipertensión Arterial, a un 95 % de confianza ($X^2 = 9.79$; 4 gl; $p = 0.044$)

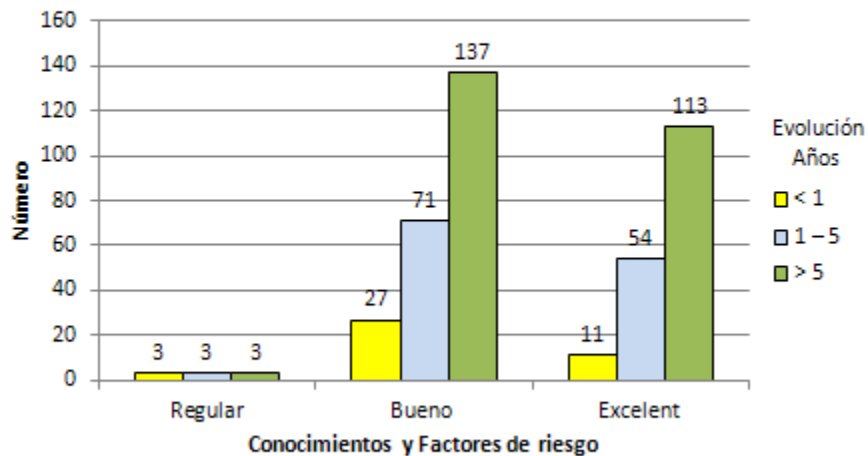
Tabla No. 20

Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes distribuidos por tiempo de evolución
Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Diciembre 2013

Evolución	Evaluación Global			Total
	Regular	Bueno	Excelente	
< 1	3	27	11	41
1 – 5	3	71	54	128
> 5	3	137	113	253
Total	9	235	178	422

Gráfica No. 20
Evaluación Global sobre Conocimientos y Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial en pacientes entrevistados distribuidos por tiempo de evolución
Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Diciembre 2013



DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

A continuación se realiza una descripción de cada pregunta del bloque 2 y 3. El área sombreada corresponde a la respuesta correcta. En estos cuadros se hace explícito el nivel de conocimientos sobre la Hipertensión Arterial, encontrado en los pacientes entrevistados, a diferencia de lo reportado en diversas investigaciones médicas. El 96% de los entrevistados, identifica que la Hipertensión Arterial es una enfermedad peligrosa para la vida (pregunta No. 5). El 72% de los encuestados identifica las cifras de tensión arterial normales (pregunta No. 6). Llama la atención que el 99% de los encuestados conoce que la Hipertensión Arterial, puede llevar a complicaciones crónico degenerativas (pregunta No.8). Además el 95% de los entrevistados reconoce que es necesario acudir a consulta médica a pesar de sentirse bien (pregunta No. 9) y que el mejor momento para tratarse es cuando el paciente se siente bien (82% de los entrevistados respondió correctamente, pregunta No. 10). Algo importante que arroja es el conocimiento de los pacientes, que el tratamiento no debe suspenderse aun cuando las cifras de tensión arterial, se encuentren dentro de las cifras normales (el 82% de los encuestados, contestó correctamente, pregunta No. 13), y que hay factores que pueden favorecer la aparición de la Hipertensión Arterial (97% de los entrevistados contesto correctamente, pregunta 14)

Sólo en la pregunta No. 7, del bloque 2, el 78% de los entrevistados contesto incorrecto. Es decir, la mayoría considera que la presencia de dolor de cabeza, zumbidos de oídos, mareo, náuseas, etc., aparece en todas las personas con presión arterial descontrolada y casi la mitad (40%) de los entrevistados considera que el tratamiento de la Hipertensión Arterial es solo con medicamentos (pregunta No.11)

Pregunta No. 5

¿Es la hipertensión arterial una enfermedad peligrosa para la vida?

Respuesta	No.	%
SI	406	96
NO	16	4
Total	422	100

Pregunta No. 6

¿Las cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mm/Hg., se
Consideran normales?

Respuesta	No.	%
SI	302	72
NO	120	28
Total	422	100

Pregunta No. 7

¿En todas las personas, cuando sube la tensión arterial aparecen molestias?
(dolor de cabeza, zumbidos de oídos, mareos, náuseas, etc.)

Respuesta	No.	%
SI	328	78
NO	94	22
Total	422	100.0

Pregunta No. 8

¿La hipertensión arterial nos puede llevar a complicaciones que pueden afectar otros órganos de nuestro cuerpo?

Respuesta	No.	%
SI	419	99
NO	3	1
Total	422	100

Pregunta No. 9

¿Si la persona es hipertensa y se siente bien, es necesario que acuda a la consulta médica a revisión?

Respuesta	No.	%
SI	402	95
NO	20	5
Total	422	100.0

Pregunta No. 10

¿El mejor momento para tratarnos es cuando nos sentimos mal?

Respuesta	No.	%
SI	78	18
NO	344	82
Total	422	100.0

Pregunta No. 11

¿El tratamiento para la Hipertensión Arterial es sólo con medicamentos?

Respuesta	No.	%
SI	169	40
NO	253	60
Total	422	100

Pregunta No. 12

¿El tratamiento médico se puede suspender cuando la Hipertensión Arterial está dentro de cifras adecuadas?

Respuesta	No.	%
SI	75	18
NO	347	82
Total	422	100

Pregunta No. 13

¿Cree usted que la hipertensión arterial es una enfermedad curable?

Respuesta	No.	%
SI	120	28
NO	302	72
Total	422	100

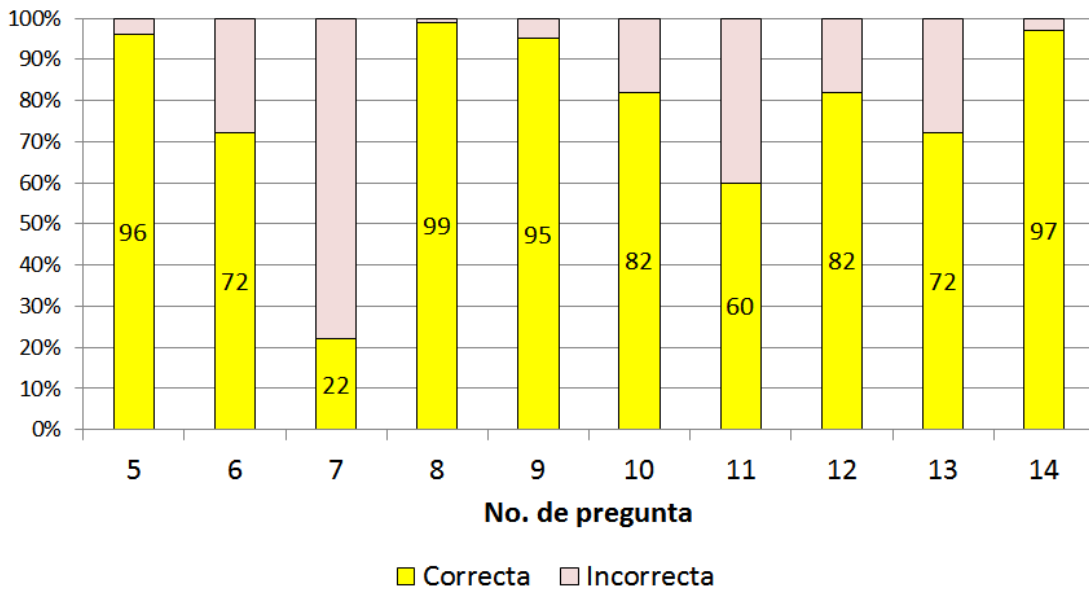
Pregunta No. 14

¿Considera que existen factores que pueden ocasionar que aparezca hipertensión arterial?

Respuesta	No.	%
SI	411	97
NO	11	3
Total	422	100

Gráfica No. 1

Porcentaje de respuestas correctas de la Encuesta sobre Nivel de Conocimientos de hipertensión arterial en pacientes hipertensos que asisten a la Unidad de Medicina Familiar 80 del IMSS



n = 422 encuestados

Pregunta No. 15

¿El tener familiares (mamá o papá) con antecedentes de infarto?

Respuesta	No.	%
SI	298	71
NO	124	29
Total	422	100

Pregunta No. 16

El tener Diabetes Mellitus mal controlada (cifras de glucosa elevada)?

Respuesta	No.	%
SI	357	85
NO	65	15
Total	422	100

Pregunta No. 17

¿La obesidad es un factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	414	98
NO	8	2
Total	422	100

Pregunta No. 18

¿El tabaquismo es un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	419	99
NO	3	1
Total	422	100

Pregunta No. 19

¿El tener cifras elevadas de colesterol y los triglicéridos pueden favorecer la presencia de enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	409	97
NO	13	3
Total	422	100

Pregunta No. 20

¿El permanecer mucho tiempo sentado sin actividad favorece la presencia de enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	407	96
NO	15	4
Total	422	100

Pregunta No. 21

¿Una dieta rica en grasas y baja en verduras es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	389	92
NO	33	8
Total	422	100

Pregunta No. 22

¿El realizar ejercicio favorece que se presenten enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	77	18
NO	345	82
Total	422	100

Pregunta No. 23

¿El alcohol favorece enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	372	88
NO	50	12
Total	422	100

Pregunta No. 24

¿Un índice de masa corporal elevado es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares?

Respuesta	No.	%
SI	411	97
NO	11	3
Total	422	100.0

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede afirmar que el 98% de los pacientes entrevistados, cuentan con un nivel bueno y excelente sobre conocimientos de la Hipertensión Arterial y factores de riesgo cardiovascular, es decir, casi la totalidad de la población estudiada cuenta con un adecuado nivel de conocimientos acerca de su patología, lo que repercute en la disminución de factores de riesgo para presentar alguna complicación de la hipertensión arterial y por otro lado, se observó una relación directa del conocimiento y el apego del paciente al tratamiento.

Uno de los objetivos de este estudio fue valorar la asociación entre el nivel de conocimiento, los factores de riesgo, la ocupación y el sexo; llama la atención, la asociación encontrada entre el nivel de conocimiento, los factores de riesgo, la ocupación, ama de casa y el sexo femenino, es decir a mayor nivel de conocimiento acerca de la hipertensión arterial, menor es la presencia de factores de riesgo, siendo este fenómeno, sobre todo observado en el sexo femenino, y sobre todo en aquellas dedicadas al hogar.

También se observó una asociación entre el nivel de conocimiento y el tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial, ya que en el presente estudio, el nivel de conocimiento bueno y excelente predomina en aquellos pacientes con un tiempo de evolución mayor a 5 años;

Por otro lado, se puede afirmar en base a los resultados obtenidos que el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial no se encuentra relacionado con el ingreso económico, el puesto laboral ni el nivel grado de instrucción escolar, en la población estudiada.

A diferencia de lo reportado en la literatura médica, acerca del grado de conocimiento de los pacientes hipertensos sobre su patología asociado a la adherencia terapéutica y a la presencia de factores de riesgo, donde diversos estudios han reportado un nivel de conocimiento bajo y muy bajo, en 2007 Saldarriaga Sandoval J., determinó el nivel de conocimiento de Hipertensión Arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas adultas que acudieron al Centro de Salud Corrales, Tumbes, Perú, observando un nivel de conocimiento bajo (45.8%)

y que desconocen los factores de riesgo cardiovascular. (18). Martínez, W. José, et al, realizaron un estudio en Colombia, 2011, en donde se determinó la frecuencia de exposición a factores de riesgo cardiovascular en los pacientes adscritos a un programa de control de Hipertensión Arterial en un hospital de segundo nivel del departamento de Risaralda, encontrando que el 42.1% de los pacientes, presentó adherencia total al tratamiento antihipertensivo y el total de la población presentó al menos uno de los riesgos cardiovasculares evaluados (IMC., presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y adherencia terapéutica). (20).

Los resultados obtenidos en este estudio no concuerdan con lo reportado en literatura médica, muy probablemente debido a las características sociodemográficas y a la empresa donde laboran o laboraban en caso de los jubilados, la totalidad de los proveedores de las familias de la UMF No. 80 (CFE: empresa, que constantemente imparte cursos de capacitación y actualización; tanto en las áreas laboral, personal y de salud, en este último cuentan con un servicio médico multidisciplinario, que de manera periódica realiza exámenes médico integrales, haciendo énfasis en las acciones preventivas).

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de la población estudiada, acerca de la hipertensión arterial y factores de riesgo, es predominantemente bueno y excelente.
2. El nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y factores de riesgo, es directamente relacionado con el tiempo de evolución mayor a 5 años, con un adecuado apego al tratamiento, con la disminución de factores de riesgo para presentar una complicación de la hipertensión arterial, el sexo femenino y con la ocupación, ama de casa.
3. El nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y factores de riesgo, no tienen relación con la edad, el grado de instrucción escolar, ingresos económicos del proveedor de familia ni las condiciones de vivienda.
4. Las condiciones de vivienda predominante en la población estudiada, son: vivienda amplia y con óptimas condiciones sanitarias y vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
5. El 85% de los pacientes estudiados, reconoce la diabetes mellitus mal controlada, como factor de riesgo cardiovascular.
6. Casi la totalidad de población estudiada (98%), reconoce la obesidad como factor de riesgo cardiovascular.
7. De igual manera el 99% de población estudiada, reconoce el tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular.
8. El 97% de los pacientes estudiados, identifica la dislipidemia, como factor de riesgo cardiovascular.
9. El consumo de alcohol, es reconocido como factor de riesgo cardiovascular en el 88% de la población estudiada.
10. El 92% de la población estudiada, identifica una dieta rica en grasas y baja en verduras como factor de riesgo cardiovascular.
11. Casi la totalidad de la población estudiada (96%), reconoce el descontrol de la presión arterial como factor de riesgo para presentar complicaciones cardiovasculares.
12. El 96% de la población estudiada, reconoce que el sedentarismo, representa un factor de riesgo cardiovascular.

Se puede afirmar que los resultados sobresalientes fueron los siguientes; acorde a la prevalencia reportada en la Literatura con respecto al sexo, donde se reporta mayor frecuencia en el sexo femenino, en este estudio predominaron las pacientes entrevistadas del sexo femenino. (3, 21). Con respecto a la edad de presentación, al igual, que lo reportado en la Literatura, el grupo de edad predominante fue de 50 o más años. (3, 20). La ocupación de los entrevistados, que predominó fue la de jubilados y amas de casa. Tres cuartas partes de los pacientes entrevistados, cuentan con vivienda amplia con óptimas condiciones sanitarias y vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias. En relación con el tiempo de evolución de la Hipertensión más de la mitad de los pacientes entrevistados (60%), tienen más de 5 años de evolución de la Hipertensión Arterial.

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede afirmar que la mayoría de los pacientes hipertensos entrevistados posee un nivel de conocimiento bueno y excelente, contrariamente a lo reportado en la Literatura Médica.

En conclusión, los resultados obtenidos en esta investigación no concuerdan con lo reportado en la Literatura Médica y que muy probablemente se debió a las características de la población estudiada.

Como médicos familiares, nuestro objetivo es realizar un énfasis en la prevención de la aparición de enfermedades crónico - degenerativas: hipertensión arterial, ya que para la familia resulta ser un serio problema, una situación de stress y una crisis de gran impacto. Ante esto, debemos de estar atentos para apoyar al sistema en conjunto de manera que las respuestas adaptativas (orden afectivo, tipo económico ambiente social), sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familiar. Una vez diagnosticada la hipertensión arterial, se debe de llevar al paciente y a su familia a la educación y conocimiento de su patología así como de los factores de riesgo cardiovascular, a través de la prevención de factores de riesgo, modificables se lograra disminuir potencialmente las complicaciones y con ella la morbimortalidad, los recursos económicos y del personal de salud requeridos para hacer frente a la atención de la presencia de dichas complicaciones, pero lo

más importante, el médico familiar contribuirá de manera significativa a mantener y/o mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

REFERENCIAS

1. Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS.

www.who.int/gho/publications/world-statistics-WHS-2012. Brochure.pdf.

Una instantánea de la Salud Mundial

2. Cárdenas LM, Chávez DR, Salas SS, Huerta D y col. Aspectos actuales de la hipertensión arterial. *Gac. Méd.* 1983; (119): 235-54.
3. Moragrega AJL y col. Definición, clasificación, epidemiología, estratificación del riesgo, prevención primaria. *Rev. Mex. Cardiol.* 2005; 16 (1): 7-13
4. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; (21): 1011-53.5
5. Multiple risk factor intervention trial research group: Multiple risk factor intervention trial: Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; (248): 1465.
6. Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Attie F, Tapia CR. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000; *Arch. Cardiol. Mex.* 2002; (72): 71-84.
7. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007 *Rev. Esp. Cardiol.* 2007; 60(9): 968-94
8. Norma oficial de México NOM 030-SSA-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial
9. Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. Secretaría de salud 2001
10. Torres B, Martínez M, Moreno C. Perfil de riesgo cardiovascular: base para la prescripción razonada en hipertensión arterial (primera parte). *Arch. Med. Fam.* 2003; 5(2): 41-2

11. Agewall S, Fagerberg B, Berglund G, Schmidt C, Wendelhag I, Wikstrand J; The Risk Factor Intervention Study Group, Sweden. Multiple risk intervention trial in high risk hypertensive men: comparison of ultrasound intima-media thickness and clinical outcome during 6 years of follow-up. *J*

- Intern. Med. 2001 Apr.; 249(4):305-14
12. José W. Martínez, Julián Villa P. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en un Hospital de segundo nivel. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 29. Núm. 2. Mayo-agosto, 2011. Pág. 139-144
 13. Boraita PA. Importancia del ejercicio en la prevención cardiovascular. Revista española de Cardiología 2008 Mayo 61(5): 514-28
 14. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información en salud. 2005
 15. Fernández Ortega Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol. 47. No. 6. Noviembre – Diciembre 2004. Pág. 251-254
 16. García Haidobro, Diego. Enfoque familiar en la atención primaria: una propuesta para mejorar la salud de todos. Rev. Med. Chile 2010; 138: 1463-1464
 17. Huerta Vargas D., Baustista Samperio L., Irigoyen Coria A., Arrieta Pérez R. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7. No. 3. 2005. Pág. 87-92
 18. Saldarriaga SL. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales. Tumbes. 2007. NURE Inv. 2010 Marzo - Abril; 7(45).
 19. José W. Martínez, Julián Villa P. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en un Hospital de segundo nivel. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 29. Núm. 2. Mayo - agosto, 2011. Pág. 139-144
 20. MSC. Magda Acosta González. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados en su adherencia terapéutica. Rev. Cubana Enfermería, 2005; 21 (3)
 21. Estrada D., Jiménez, L., Pujol E., De la Sierra A. Nivel de conocimientos de

- los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de Medicina, sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular. Hospital Clínic, Barcelona, España
22. Rosas Peralta Martín. La Hipertensión Arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de Cardiología de México. Vol. 73. Supl. 1. Abril-Junio 2003. Pág. 137-140
 23. Armas de Hernández María José y cols. La Hipertensión en Latinoamérica. Rev. Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 1. Núm. 1, Enero-Marzo 2006. PP. 10-17
 24. Velázquez Monroy Oscar y cols. Hipertensión arterial en México: resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Archivos de Cardiología de México. Vol. 72. Número 1. Enero-Marzo 2002:71-84
 25. Barquera Simón. ENSANUT 2012. Hipertensión arterial en adultos mexicanos, importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. Rev. Salud Pública de México

XI. ANEXOS



ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

BLOQUE No. I

INSTRUCCIONES.

Lea cuidadosamente la pregunta y marque SOLO UNA respuesta con una cruz.

FECHA: _____ / _____ / 2013

1.- Sexo:

1. () Masculino

2. () Femenino

2.- Edad:

1.- () 20 a 29 años

3.- () 40 a 49 años

2.- () 30 a 39 años

4.- () 50 o más

3.- Ocupación:

1.- () Ama de casa

2.- () Obrero

3.- () Profesional

4.- () Jubilado

5.- () Otra _____

4.- Tiempo de evolución de su hipertensión arterial:

1.- () Menos de un año

2.- () Entre 1 a 5 años

3.- () Más de 5 años

5.- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad peligrosa para la vida?

1.- () SI

2.- () NO

6. ¿Las cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mm/Hg., se consideran normales.

1.- () SI

2.- () NO

7.- ¿En todas las personas, cuando sube la tensión arterial aparecen molestias? (dolor de cabeza, zumbidos de oídos, mareos, náuseas, etc.)

1.- () SI

2.- () NO

8. ¿La hipertensión arterial nos puede llevar a complicaciones que pueden afectar otros órganos de nuestro cuerpo?

1.- () SI

2.- () NO

9. ¿Si la persona es hipertensa y se siente bien, es necesario que acuda a la consulta médica a revisión?

1.- () SI

2.- () NO

10. ¿El mejor momento para tratarnos es cuando nos sentimos mal?

1.- () SI

2.- () NO

11. ¿El tratamiento para la Hipertensión Arterial es sólo con medicamentos?

1.- () SI

2.- () NO

12. ¿El tratamiento médico se puede suspender cuando la Hipertensión Arterial está dentro de cifras adecuadas?

1.- () SI

2.- () NO

13. ¿Cree usted que la hipertensión arterial es una enfermedad curable?

1.- () SI

2.- () NO

14. ¿Considera que existen factores que pueden ocasionar que aparezca hipertensión arterial?

1.- () SI

2.- () NO

15.- ¿El tener familiares (mamá o papá) con antecedentes de infarto?

1.- () SI

2.- () NO

16. ¿El tener Diabetes Mellitus mal controlada (cifras de glucosa elevada)?

1.- () SI

2.- () NO

17.- ¿La obesidad es un factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

18.- ¿El tabaquismo es un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

19.- ¿El tener cifras elevadas de colesterol y los triglicéridos pueden favorecer la presencia de enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

20.- ¿El permanecer mucho tiempo sentado sin actividad favorece la presencia de enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

21.- ¿Una dieta rica en grasas y baja en verduras es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

22.- ¿El realizar ejercicio favorece que se presenten enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

23.- ¿El alcohol favorece enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

24.- ¿Un índice de masa corporal elevado es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares?

1.- () SI

2.- () NO

25.- Profesión del Jefe de Familia

1.- () Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas

2.- () Profesional técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.

3.- () Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.

4.- () Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.

5.- () Obrero no especializado, servicio doméstico.

26.- Nivel de Instrucción de la Madre

- 1.- () Universitaria o su equivalente
- 2.- () Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- 3.- () Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4.- () Educación primaria completa
- 5.- () Primaria incompleta analfabeta

27.- Principal fuente de ingresos

- 1.- () Fortuna heredada o adquirida repentinamente
- 2.- () Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, deportistas profesionales)
- 3.- () Sueldo quincenal o mensual.
- 4.- () Salario diario semanal
- 5.- () Egresos de origen público o privado (subsidios)

28.- Condiciones de la vivienda

- 1.- () Vivienda amplia y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- () Vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3.- () Vivienda con espacios reducidos pero confortables con buenas condiciones sanitarias.
- 4.- () Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
- 5.- () Vivienda improvisada construida con materias de desecho o de construcción pero con deficientes condiciones sanitarias

ANEXO 2
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS EN SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMATIVO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **Nivel de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos que asisten a la Unidad de Medicina Familiar 80 del IMSS**

Patrocinador externo (si aplica)*: No aplica

Lugar y fecha: **Unidad de Medicina Familiar 80, 02 de Noviembre de 2012**

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Evaluar el nivel de conocimientos de Hipertensión Arterial y factores de riesgo cardiovascular en paciente hipertensos que asisten a la unidad de medicina familiar No. 80, del IMSS.

Procedimientos: Se aplicará una encuesta a la muestra poblacional de derechohabientes de la U.M.F. No. 80 al asistir a su revisión médica periódica, aplicada por la Dra. Lobato Ramírez Laura

Posibles riesgos y molestias: No aplica

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocimiento de la enfermedad de cada paciente.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se difundirán en la Unidad de Medicina Familiar 80.

Participación o retiro: Pacientes hipertensos que asisten a la Unidad de Medicina Familiar 80.

Privacidad y confidencialidad: Para todos los encuestados.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se toma la muestra solo para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico de derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Evaluar el nivel de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 80.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Lobato Ramírez Laura. Matricula: 99162281.

Teléfono: (044) 55 44 90 92 81

Colaboradores: Dra. Reyes Urquiza María de Jesús.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá

dirigirse a: Comisión de Ética de investigación de la CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso bloque "B" de la Unidad de congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720, Teléfono (55)56276900 extensión 21230, correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien se obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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.

*En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-01