



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

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y**  
**MUNICIPIOS**  
**UNIDAD ACADÉMICA**  
**HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON**  
**HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM VALLE**  
**DE CHALCO"**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL:**  
**DIPLOMA DE ESPECIALISTA**

**EN:**  
**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**  
**GONZÁLEZ MARTÍNEZ JOSÉ EMMANUEL**

**Facultad de Medicina**



**DR. OSCAR BARRERA TENAHUA**

**ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS Y PROFESOR ADJUNTO DE CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN**  
**MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**

**NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO, 2023**

**ISSEMYM**



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 CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM VALLE DE  
CHALCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**GONZÁLEZ MARTINEZ JOSÉ EMMANUEL**

AUTORIZACIONES:

---

**DR. BARNAD ROMERO LIBRADO CARLOS**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL  
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

---

**DR. OSCAR BARRERA TENAHUA**

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DE CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR EN  
EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

---

**DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ**

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

---

**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**

JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACION EDUCATIVA EN SALUD

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO, 2023

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM VALLE DE  
CHALCO”**

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

**PRESENTA:  
GONZÁLEZ MARTÍNEZ JOSÉ EMMANUEL**

**AUTORIZACIONES**

  
**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA**

**JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

  
**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**

**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

  
**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



## DEDICATORIA

A dios, de quien todo procede.

A mis padres

Aleyda Martínez y Pablo González

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo  
me han dado lo necesario para poderme valer por mí mismo  
y con lo cual he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida  
fruto del inmenso amor y confianza que en mi se depositó  
y con los cuales he logrado formarme y educarme profesionalmente  
lo que constituye el legado más grande que pudiera recibir  
y por lo cual les viviré eternamente agradecido.

A mi sobrino

Pablo Daniel

Por ser esa luz, mi motor mental y alegría en esos días donde no hay fuerza y recordar que  
todo tiene un propósito y un fin.

Con amor, admiración y respeto.

**José Emmanuel González Martínez**

## AGRADECIMIENTO

A mis tutores y profesores de la especialización en medicina familiar Dra. María Beatriz Flores Ortega, Dra. Wendy Lizbeth García Gutiérrez, Dra. Maribel del Socorro Miranda Loaeza, Dr. Oscar Barrera Tenahua y Dr. Librado Carlos Barnad Romero por sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis profesores queridos, les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional y puntual conmigo, por su dedicación, perseverancia y tolerancia.

A mis amigos, colegas y hermanos de especialización Hilda Martínez y Ramón Bautista por culminar esta maravillosa aventura, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio y de trabajo, muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento y de apoyo físico cuando más lo necesite, les estaré siempre agradecido.

A mis compañeros de residencia ahora hermanos de especialidad Rita Pérez, Itzel Carrera, Margarita Rendón, Erika Linares, Brenda Ángel, Diana Campos, Andrés José y Alfredo Orduña hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de vida y no puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles de mi formación y por compartir horas de estudio conmigo, enseñanzas y aprendizaje que es invaluable en mi formación como médico, a mis compañeros de guardias Dra. Pamela Martínez, Dra. Hilda Yáñez, Dr. Julio Reyna y Lic. Jorge Aguilar por ser atentos y serviciales en cada decisión y accionar médico en mis noches de desvelo y aprendizaje, gracias por estar siempre allí, gracias por sus orientaciones.

Mis adscritos de formación Dra. Teresa Velázquez, Dr. José Flores, Dr. Edgar Ávila, Dr. Peralta, Dr. Heber Martínez, por su conocimiento impartido en mi formación como especialista en medicina familiar y en especial a mi mentor y amigo Dr. Ramón Lora García por brindarme la oportunidad de ser mejor médico, por su apoyo incondicional y la confianza otorgada en cada momento de mi actuar médico.



## INDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	8
1.1 Aspectos epidemiológicos.....	8
1.2 Hipertensión arterial. Conceptos.....	9
1.3 HTA. Conocimiento y Autocuidado.....	18
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	22
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	23
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	24
Objetivo General.....	24
Objetivo específicos.....	24
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	25
Tipo de estudio.....	25
Diseño de investigación.....	25
Lugar.....	25
Tipo y diseño de la muestra .....	25
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b> .....	25
Criterios de inclusión.....	25
Criterios de exclusión.....	25
Criterios de eliminación.....	25
Conceptualización de las variables.....	26
Método o procedimiento para capturar la información.....	27
Análisis de información.....	28
Recursos humanos, materiales y físicos.....	28
<b>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	30

7. RESULTADOS .....	32
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	38
9. CONCLUSIONES.....	40
10. ANEXO.....	41
11. BIBLIOGRAFÍA.....	47



## **1. Marco teórico**

El saber tener hipertensión arterial puede ocasionar cambios en diferentes aspectos de la vida, incluyendo aspectos emociones, estados de ánimo y las relaciones con familiares y amigos. Además, debido a los síntomas de cansancio, falta de motivación y estrés que puede experimentarse, también puede afectar el desempeño laboral y otras actividades de la vida diaria.<sup>1</sup>

Es normal experimentar todos estos sentimientos frente a una situación desconocida y probablemente aterradora del paciente. Además, si consideramos que los médicos recomiendan realizar cambios en los hábitos y estilo de vida, todo esto puede generar emociones como depresión, ansiedad y sentimientos de pérdida. El duelo es una respuesta natural que se experimenta ante la pérdida de salud, la intensidad de este proceso de duelo puede ser intensa durante algunas semanas, pero también puede prolongarse durante mucho tiempo dependiendo de cada personalidad, la persistencia de la hipertensión arterial y la actitud que se asuma frente a ella.<sup>2</sup>

### **1. 1. Aspectos epidemiológicos**

La hipertensión arterial (HTA) tiene múltiples causas, como el tabaquismo, el consumo excesivo de sodio y alcohol, y la falta de actividad física. También está asociada con factores metabólicos como la obesidad, la diabetes y las dislipidemias. A nivel mundial, la HTA es la enfermedad que más contribuye a la morbilidad y mortalidad por todas las causas.<sup>2</sup>

A nivel mundial, se diagnosticó HTA en aproximadamente el 40% de los adultos en el año 2010, y en un 31.5% de los mexicanos de 20 años o más durante el año 2012. Se estima que cada año se diagnostican alrededor de 450,000 nuevos casos en México, y esta cifra podría duplicarse considerando que hasta el 47.3% de las personas con hipertensión desconocen que padecen esta enfermedad.<sup>3</sup>

En las últimas dos décadas, la HTA se ha mantenido entre las nueve principales causas de muerte en México, y en los últimos seis años, la tasa de mortalidad por esta enfermedad ha aumentado un 29.9%. Esto posicionó a la HTA como la enfermedad crónica responsable del 18.1% del total de muertes en el año 2015, convirtiéndola en el principal factor de riesgo de muertes prevenibles. Se estima que a nivel mundial existen aproximadamente 1,280 millones de adultos entre 30 y 79 años que padecen hipertensión, y la mayoría de ellos (alrededor de dos tercios) residen en países de ingresos bajos y medianos.<sup>3</sup>

En México, durante el año 2016, solo la mitad de los adultos con HTA tenía la presión arterial bajo control, y no se sabe si esta proporción ha disminuido en los últimos años. Además, no existen estudios a nivel nacional que permitan evaluar cómo los factores de riesgo metabólicos afectan de manera diferencial la prevalencia de la HTA.<sup>4</sup>

En el año 2019, había aproximadamente 828 millones de personas con HTA en todo el mundo, y esta enfermedad causó anualmente 10.8 millones de muertes. En los últimos años, la prevalencia de HTA en países de bajos ingresos ha sido alrededor del 40%. En el caso de México, en el año 2018, el 49.2% de la población en situación de vulnerabilidad socioeconómica tenía HTA, y solo el 47.1% de ellos habían sido diagnosticados.<sup>4</sup>

De acuerdo a los cálculos, el 46% de los adultos con hipertensión desconoce que tiene esta condición. Además, menos de la mitad de los adultos que presentan hipertensión (solo el 42%) son diagnosticados y reciben tratamiento adecuado. Solo uno de cada cinco adultos hipertensos (el 21%) tiene el problema bajo control, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte prematura en el mundo. Por ello la OMS tiene establecida como una de las metas a nivel mundial para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para el año 2030.<sup>5</sup>

El diagnóstico temprano es fundamental para el control de la HTA, pero menos de la mitad de las personas con esta enfermedad son conscientes de su condición, y muchas otras lo saben, pero no reciben tratamiento. Con el fin de mejorar la detección de la HTA y reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la presión arterial alta, se ha reducido el umbral para iniciar el tratamiento antihipertensivo. Esto permitiría diagnosticar a más personas que no habían sido identificadas previamente con HTA y haría más rigurosa la recomendación de mantener bajo control la presión arterial.<sup>6</sup>

## **1. 2. Hipertensión arterial. Conceptos**

La hipertensión arterial (HTA) se define como una presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg, o una presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mmHg, medidas en consulta médica. Esta definición se basa en la evidencia de múltiples ensayos clínicos aleatorizados que demuestran los beneficios del tratamiento en pacientes con estos valores de presión arterial.

La misma clasificación se utiliza para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos, mientras que se adoptan otros criterios basados en percentiles para niños y adolescentes, ya que no existen datos de estudios de intervención en estos grupos de edad.

### **Fisiología de la presión arterial.**

Se refiere a la tensión ejercida por la sangre en las paredes de las arterias, y está determinada por dos factores principales: el débito cardíaco y la resistencia periférica total. El débito cardíaco está influenciado por la fuerza de contracción del músculo cardíaco y el volumen sanguíneo en el sistema circulatorio. Aunque la frecuencia cardíaca también juega un papel en el débito cardíaco, su contribución es menor, excepto en casos extremos.

Por otro lado, la resistencia periférica depende del tono de los vasos sanguíneos y de las características estructurales de las paredes arteriales. El tono arterial se refiere a la constricción o dilatación de los vasos, que a su vez afecta la resistencia al flujo sanguíneo.

Durante la fase de sístole ventricular, el corazón impulsa sangre en el árbol arterial, lo que genera un flujo pulsátil en las paredes de las arterias. Debido a la distensibilidad de la aorta y las grandes arterias, durante la diástole, parte de la sangre recibida durante la sístole se almacena en su zona distendida y luego es devuelta a la circulación. Esto significa que incluso en la diástole, cuando el corazón no está expulsando sangre, todavía fluye sangre por las arterias.

El valor máximo de la presión durante la sístole se conoce como presión arterial sistólica (PAS), mientras que el valor mínimo durante la diástole se conoce como presión arterial diastólica (PAD). La PAS depende principalmente del débito cardíaco y de la distensibilidad de la aorta y las grandes arterias, que se expresa a través de la onda de pulso retrógrada. Por otro lado, la PAD depende principalmente de la resistencia periférica.

Durante la sístole, el corazón impulsa la sangre en las arterias, y parte de esa sangre se almacena y fluye durante la diástole. La presión arterial se divide en sistólica y diastólica, y su magnitud depende del débito cardíaco, la distensibilidad arterial y la resistencia periférica. La presión arterial se ve afectada por el débito cardíaco y la resistencia periférica total, que a su vez dependen de la fuerza de contracción del corazón, el volumen sanguíneo, el tono de los vasos y las características de las paredes arteriales.

## **Diagnóstico**

El diagnóstico de la HTA suele ser sencillo cuando se observan cifras claramente elevadas y consistentes en diferentes momentos del día o en distintos lugares a lo largo de un período de 2 a 3 semanas. Sin embargo, puede surgir un problema cuando las cifras se acercan a los límites de 140/90 mm Hg, a veces alcanzando o superando estos niveles ligeramente, y otras veces siendo un poco más bajas. En tales casos, es importante tener precaución antes de etiquetar a alguien como hipertenso y, sobre todo, antes de prescribir medicamentos.

De acuerdo con las recomendaciones de diversos comités nacionales e internacionales, se acepta el diagnóstico de hipertensión si la presión arterial sistólica (PAS) es igual o superior a 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica (PAD) es igual o superior a 90 mmHg en dos o más mediciones dentro de la misma visita y en tres visitas posteriores en días diferentes.

La hipertensión aislada de la presión sistólica con cifras bajas de la presión diastólica, incluso por debajo de 70 mmHg, indica una mayor rigidez de las grandes arterias. Desde el punto de vista médico, se considera elevada la presión del pulso, que se obtiene restando la PAS a la PAD. Sin embargo, es importante desterrar el término "descompensada" para referirse a esta situación, ya que simplemente se trata de una hipertensión aislada de la presión sistólica.

La coincidencia de cifras bajas de la presión diastólica conlleva un peor pronóstico que cuando la PAD es normal, alrededor de 80 mmHg. Actualmente además de las mediciones de PA en la consulta, existen otros 2 tipos de medición de la PA que tienen importancia en el diagnóstico y pronóstico de la HTA: MAPA y los autocontroles domiciliarios

### **Criterios diagnósticos**

En primer lugar, se considera hipertenso a un individuo si en la primera visita presenta las siguientes características: una presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 180 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 110 mmHg, evidencia de daño en órganos principales o una emergencia hipertensiva. En estas últimas condiciones, no se requiere una cifra específica de presión arterial para el diagnóstico.

En segundo lugar, si en la primera visita la presión arterial en la consulta es igual o superior a 140/90 mmHg, se recomiendan las siguientes opciones: a) realizar mediciones de la presión arterial fuera de la consulta, ya sea mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o automedición de la presión arterial, siguiendo las consideraciones mencionadas; b) realizar un nuevo control de la presión arterial en la consulta dentro de un mes, prefiriendo el

valor más alto de la presión arterial. Las guías británicas NICE 2011 y la US Preventive Services Task Force 2014 también recomiendan la MAPA en esta situación.

En tercer lugar, si en la segunda visita la presión arterial en la consulta es igual o superior a 160/100 mmHg, se establece el diagnóstico de hipertensión arterial. En caso de tener una presión arterial inferior a 160/100 mmHg, se recomienda realizar mediciones de la presión arterial fuera de la consulta o programar una nueva visita dentro de un mes.

Finalmente, si después de la cuarta visita la presión arterial persiste igual o superior a 140/90 mmHg, se establece definitivamente el diagnóstico de hipertensión arterial.

### **Técnica de Medición de la HTA**

La técnica correcta para la medición de la presión arterial es fundamental para obtener resultados precisos y confiables. A continuación, se describen los pasos a seguir para realizar una medición adecuada de la presión arterial:

1. Preparación: Antes de la medición, el individuo debe estar en un estado de reposo durante al menos 5 minutos en una posición cómoda, preferiblemente sentado con la espalda apoyada y los pies en el suelo. Es recomendable que no se haya consumido cafeína, alcohol o realizado ejercicio intenso en los 30 minutos previos.
2. Elección del manguito: Selecciona el tamaño adecuado del manguito para el brazo del individuo. El ancho del manguito debe cubrir aproximadamente el 80% de la circunferencia del brazo.
3. Colocación del manguito: Envuelve el manguito alrededor del brazo desnudo, a unos 2-3 cm por encima del pliegue del codo. Asegúrate de que esté ajustado, pero no demasiado apretado.
4. Posicionamiento del estetoscopio: Coloca las olivas en forma correcta en los oídos y colocar la campana o diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial, justo debajo del manguito.
5. Inflado del manguito: Tomar el bulbo de inflado del manguito y bombea el aire lentamente hasta alcanzar un nivel aproximado de 20-30 mmHg por encima del punto en el que desaparece el pulso radial.
6. Desinflado y auscultación: Abrir lentamente la válvula del bulbo de inflado para permitir que el aire se escape gradualmente. Al mismo tiempo, escucha a través del estetoscopio y registra

el punto en el que se escucha el primer sonido (presión arterial sistólica) y el punto en el que desaparece el sonido (presión arterial diastólica).

7. Registro de la presión arterial: Una vez que hayas identificado los valores de la presión arterial sistólica y diastólica, anótalos en la forma adecuada (por ejemplo, 120/80 mmHg).

Es importante realizar mediciones de la presión arterial en ambos brazos durante la primera visita para detectar posibles diferencias significativas. Además, se recomienda repetir las mediciones en visitas posteriores para confirmar los resultados y evitar errores aislados. Hay que recordar que la medición de la presión arterial debe realizarse en un ambiente tranquilo, sin interrupciones, y utilizando equipos calibrados y adecuados.

### **Factores de riesgo Cardiovascular**

La HTA es una enfermedad letal y no transmisible, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En su mayoría, la HTA no se diagnostica en sus etapas iniciales y se reconoce como una enfermedad compleja con múltiples factores de riesgo. Actualmente, estos factores de riesgo se dividen en modificables, como la dieta y los estilos de vida, y no modificables, como la edad, el género y la herencia genética.

Los factores de riesgo modificables para la HTA se pueden clasificar como comportamentales, es decir, aquellos relacionados con el estilo de vida y susceptibles de cambios en los hábitos adquiridos. Estos factores incluyen el tabaquismo, una dieta inadecuada con alta ingesta de calorías o grasas y bajo consumo de vegetales y frutas, falta de actividad física, ingesta de sodio en exceso, estrés y la interacción entre los genes y los nutrientes (epigenética), entre otros factores que podrían estar asociados con el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas.

### **Obesidad y sobrepeso**

Existen evidencias que indican que el exceso de grasa corporal aumenta la presión arterial (PA) en personas con presión arterial normal y agrava las tasas de hipertensión arterial (HTA) en aquellos que ya la padecen. Por el contrario, la reducción de peso en personas con obesidad, incluso manteniendo un consumo moderado de sal, disminuye los niveles de PA y aporta beneficios en otros factores de riesgo metabólicos, como el azúcar y los lípidos. Además, la pérdida de peso reduce la carga sobre el corazón. En general, existe una buena correlación entre la cantidad de peso perdido y la reducción de la PA.

Es importante reducir el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado, hasta alcanzar el 25% en personas con sobrepeso u obesidad, y mantenerlo dentro del rango normal (19-25%) en personas con constitución normal y sin sobrepeso. Siguiendo esta estrategia, se pueden lograr descensos en la presión arterial sistólica (PAS) de entre 5 y 20 mmHg.

### **Consumo de sal**

Investigaciones epidemiológicas a nivel mundial han sugerido que el consumo de sal contribuye al aumento de la presión arterial (PA) y a la alta prevalencia de hipertensión arterial (HTA). Nuestros hábitos alimentarios suelen incluir una ingesta de sal que generalmente supera los 12-15 gramos diarios. Estudios controlados han demostrado que al reducir la ingesta de sal a 5-6 gramos al día, las cifras de PA pueden disminuir en unas semanas hasta 4-6 mmHg. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la respuesta a la restricción de sodio puede variar entre las personas. Se ha observado que los afroamericanos, los ancianos, los diabéticos y aquellos con enfermedades renales pueden ser más sensibles a la reducción de sodio en la dieta.

Para lograr una dieta baja en sal, se deben tomar ciertas medidas. En primer lugar, es necesario eliminar alimentos que contengan sal añadida, como embutidos, salazones, conservas, quesos curados o pastillas de concentrados de caldo, como AVECrem®, entre otros. Luego, considerando que los lácteos y las proteínas animales (carne, pescados) contienen sal de forma natural, que aportan hasta 3 gramos en la dieta diaria, se pueden distribuir los restantes 3 gramos de sal entre las comidas principales del día.

### **Ejercicio Físico**

Es crucial implementar el ejercicio físico en personas con sobrepeso, ya que contribuye al aumento del gasto energético. Además, también resulta beneficioso en individuos hipertensos que tienen un peso normal, ya que el ejercicio aeróbico practicado de manera regular puede disminuir la presión arterial (PA) por sí mismo. Según algunos estudios, puede reducir la PA en aproximadamente 5-7 mmHg en personas hipertensas y 2-3 mmHg en personas normotensas.

El ejercicio físico debe ser de naturaleza dinámica, como caminar rápido, correr, nadar o montar en bicicleta. Además, se puede complementar con ejercicios de resistencia de corta duración, pero se deben evitar las sesiones de musculación, ya que los ejercicios isométricos



pueden provocar un aumento prolongado de la PA. Siguiendo estas pautas, las personas hipertensas también pueden practicar deportes competitivos de intensidad moderada, pero deben asegurarse de que su frecuencia cardíaca no supere los 220 latidos por minuto menos su edad multiplicada por 0.7. Por ejemplo, si una persona tiene 50 años, su frecuencia cardíaca no debe superar los 119 latidos por minuto. El ejercicio físico aeróbico también mejora el metabolismo de los azúcares y las grasas.

Entonces, el ejercicio físico regular, especialmente el aeróbico, no solo contribuye al aumento del gasto energético, sino que también puede reducir la presión arterial, mejorar el metabolismo del azúcar y las grasas. Es importante adaptar el tipo de ejercicio y la intensidad a las características individuales y evitar ejercicios isométricos que puedan tener efectos adversos en la presión arterial.

### **Alcohol**

El consumo de alcohol presenta una paradoja interesante. Parece que las personas que consumen cantidades moderadas de bebidas alcohólicas tienen un menor riesgo cardiovascular en comparación con los abstemios. Sin embargo, el consumo excesivo de alcohol revierte esta relación, ya que puede inducir hipertensión arterial (HTA). Diversos estudios han demostrado que aquellos que consumen grandes cantidades de alcohol tienen un mayor riesgo de desarrollar accidentes cerebrovasculares. Además, el alcohol en dosis altas puede reducir el efecto antihipertensivo de los medicamentos.

La dosis máxima recomendada de alcohol al día es de hasta 30 gramos, lo que equivale a dos copas. Esto se traduce en aproximadamente 300 ml de vino, 750 ml de cerveza o 80 ml de licores (como coñac, anís o whisky) en hombres, y en cantidades ligeramente menores en mujeres. Algunos estudios sugieren que siguiendo esta estrategia, la presión arterial (PA) puede disminuir en aproximadamente 2-4 mmHg.

### **Tabaco**

El tabaco es un factor de riesgo cardiovascular ampliamente reconocido. Es importante hacer hincapié en que fumar incluso un solo cigarrillo es peor que no fumar ninguno. En muchos centros de salud existe actualmente una unidad antitabáquica que brinda apoyo a las personas que desean dejar este hábito. Aunque a largo plazo el consumo de tabaco no modifica significativamente las cifras de presión arterial (PA), se ha observado que inmediatamente

después de fumar un cigarrillo se produce un ligero aumento en la frecuencia cardíaca y la PA, que persiste durante aproximadamente 15-20 minutos.

Además, la experiencia clínica respalda la evidencia de que los individuos hipertensos que fuman más de un paquete diario de cigarrillos tienen un mayor riesgo de desarrollar un cuadro de hipertensión maligna. Esta condición se caracteriza por tener cifras muy elevadas de PA y puede dar lugar a graves complicaciones cardiovasculares.

### **Dieta**

La alimentación juega un papel fundamental en el manejo de la HTA, la mayormente propuesta es la dieta DASH; se caracteriza por incluir una amplia variedad de vegetales, frutas, lácteos bajos en grasa, cereales, aves, pescados y nueces, y limitar el consumo de carnes rojas y dulces. Aunque su contenido de sal puede alcanzar hasta 9 gramos diarios, esta dieta ha demostrado reducir la presión arterial. Fue diseñada originalmente para personas sin sobrepeso y tiene un aporte calórico de alrededor de 2,000 calorías.

La dieta DASH es rica en nutrientes como calcio, potasio, magnesio y fibra, y limita la ingesta de azúcar, grasa total y grasa saturada. Se ha observado que esta dieta puede lograr una disminución significativa de la presión arterial, llegando a reducir hasta 8 mmHg. Además, si se reduce aún más la ingesta de sal a 4 gramos diarios, se pueden obtener descensos más pronunciados en la presión arterial.

### **Café**

No se ha comprobado que el consumo moderado de café, aproximadamente 2-3 tazas al día en personas habituadas y sin problemas cardíacos, aumente las cifras de presión arterial o sea un factor que induce la hipertensión. Sin embargo, existen individuos que son sensibles a la cafeína y sustancias similares, y experimentan una clara estimulación simpática que se manifiesta en forma de nerviosismo, sudoración, taquicardia, insomnio, entre otros síntomas. En estos casos particulares, se recomienda evitar el consumo de café, así como en las personas de edad avanzada. Cabe mencionar que los cafés descafeinados suelen retener hasta un 20% de la actividad de la cafeína.

### **Tratamiento de la hipertensión**

Existen dos enfoques ampliamente reconocidos para reducir la presión arterial (PA): las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. Las intervenciones en el

estilo de vida indudablemente pueden disminuir la PA y, en algunos casos, reducir el riesgo cardiovascular. Sin embargo, la mayoría de los pacientes hipertensos también requieren tratamiento farmacológico, el cual se basa en evidencia sólida respaldada por un gran número de ensayos clínicos controlados que se han llevado a cabo hasta la fecha.

Los metanálisis de estos ensayos clínicos, que han incluido a cientos de miles de pacientes, han demostrado que una reducción de 10 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) o 5 mmHg en la presión arterial diastólica (PAD) se asocia con importantes reducciones en las complicaciones cardiovasculares graves (~20%), mortalidad por todas las causas (10-15%), accidente cerebrovascular (~35%), complicaciones coronarias (~20%) e insuficiencia cardíaca (~40%). Estas reducciones relativas del riesgo son consistentes, independientemente de los valores basales de la PA, el nivel de riesgo cardiovascular, las comorbilidades (como la diabetes y la enfermedad renal crónica), la edad, el género y el grupo étnico.

Además, los beneficios del tratamiento antihipertensivo no se han visto disminuidos por el uso generalizado de tratamientos concomitantes con fármacos hipolipemiantes y antiagregantes en la medicina actual. Otro objetivo importante del tratamiento antihipertensivo es reducir el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC), aunque la progresión lenta de la función renal en la mayoría de los pacientes hipertensos dificulta la demostración de los beneficios potenciales de la reducción de la PA. Se ha observado un efecto protector de la reducción de la PA en la progresión de la ERC hacia la etapa terminal en pacientes con diabetes o ERC de rápida progresión, pero no todos los ensayos clínicos han mostrado estos resultados.

Todas las directrices coinciden en que los pacientes con HTA de grado 2 o 3 deben recibir un tratamiento antihipertensivo combinado con intervenciones en el estilo de vida. También se recomienda el tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial (PA) en pacientes con HTA de grado 1 y alto riesgo cardiovascular o daño orgánico causado por la HTA. Sin embargo, hay menos evidencia sobre el tratamiento para reducir la PA en pacientes con HTA de grado 1 y riesgo cardiovascular bajo o moderado, así como en pacientes mayores de 60 años con HTA de grado 1, y sobre la necesidad de dicho tratamiento en pacientes con valores de PA normal-alta. Esto se debe a que estos grupos de pacientes están subrepresentados en los ensayos clínicos controlados, y los ensayos clínicos han reclutado principalmente pacientes con HTA de grado 2 o superior.

Los fármacos utilizados para el tratamiento de la hipertensión arterial se dividen en diferentes clases principales, que incluyen inhibidores del sistema renina-angiotensina, antagonistas de

los canales de calcio y diuréticos tiazídicos. En la siguiente tabla se observa las características y efectos adversos de cada una de estas clases de fármacos utilizados.

**Fármacos utilizados para el control de la HTA**

	indicación principal	posible utilidad	contraindicación	precaución
Diuréticos	- edad avanzada - raza negra - HTA sistólica aislada - IC (asa, espironolactona) - prevención 2º IAM (espironolactona) - prevención 2º ictus (tiazidas)	- diabetes - osteoporosis	- gota e hiperuricemia - hiperpotasemia (antag. aldoster.) - IRC (antag. aldoster.)	- dislipemia (dosis altas) - embarazo
Betabloqueantes	- cardiopatía isquémica - IC - taquiarritmia - embarazo	- migraña - hipertiroidismo - temblor esencial - fibrilación auricular	- Asma, EPOC - bloqueo AV 2º-3º grado - bradicardia (<50 lpm) - Raynaud y arteriopatía periférica moderada-grave	- dislipemia (dosis altas) - intolerancia a la glucosa - depresión - limitación de la capacidad de ejercicio
Calcioantagonistas	- HTA sistólica aislada (DHP) - edad avanzada (DHP) - angina - taquicardia supraventricular (no DHP)	- arteriopatía periférica - aterosclerosis carotídea (no DHP) - fibrilación auricular (no DHP) - HTA por ciclosporina o tacrolimus (DHP)	- IC (verapamil, diltiazem) - bloqueo AV 2º-3º grado (verapamil, diltiazem)	- taquiarritmia (DHP) - IC (DHP)
IECAs	- IC - prevención 2º IAM - diabetes - nefropatía diabética tipo 1 - nefropatía diab. 2 incipiente (microalbuminuria)	- prevención 2º ictus - nefropatía no diabética (precaución si Cr $\geq$ 2,5) - proteinuria	- embarazo - estenosis bilateral arteria renal - hiperpotasemia	
ARA-2	- nefropatía diabética 2 - HVI	- intolerancia a IECAs (tos)	- embarazo - estenosis bilateral arteria renal - hiperpotasemia	- antecedente de edema angioneurótico con IECAs
alfa-bloqueantes	- prostatismo	- dislipemia	- hipotensión ortostática	- IC

### 1. 3 HTA: Conocimiento y Autocuidado

El bienestar físico, mental y social constituye el estado de salud. La percepción que las personas tienen sobre su salud está estrechamente relacionada con sus condiciones de vida y diversos factores socioculturales. La manera en que una persona enfrenta un problema de salud ya sea un malestar leve, un síntoma más grave o una enfermedad diagnosticada, depende en primer lugar de su conocimiento sobre el problema y luego de sus actitudes y prácticas para recuperar o mantener su bienestar.

Estos conocimientos abarcan diversos aspectos relacionados con las enfermedades, incluyendo sus posibles causas y su gravedad. También se consideran las opciones disponibles para resolver el problema, las creencias personales acerca de los beneficios y riesgos de los tratamientos, así como las posibles consecuencias y costos asociados a las soluciones propuestas. La actitud adoptada por la persona en ese momento dependerá de estos factores, como su disposición para buscar atención médica, la aceptación de consejos,

la forma en que enfrenta su situación personal y la reacción de sus familiares. Además, se considera su sensación de vulnerabilidad ante el problema y su voluntad de recuperar la salud.

Al referirnos del concepto de autocuidado se basa en la idea planteada por Heidegger sobre el cuidado como una forma de ser esencialmente ética. Va más allá de ser simplemente un acto o una actitud, ya que sostiene que el cuidado es inherentemente existencial y previo a cualquier posición o conducta del ser humano. Esto significa que el cuidado está arraigado en la esencia misma del ser humano, antes de que este tome acción, y todo lo que haga estará siempre acompañado e impregnado de cuidado. Reconocer esto implica entender que el cuidado es una manera esencial de ser, una dimensión frontal y originaria, ontológica y que no puede ser desvirtuada. En este sentido, el autocuidado sitúa el cuidado dirigido hacia uno mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de tener una vida saludable recae en cada individuo a lo largo de su vida y formación.

El autocuidado en pacientes con hipertensión es una práctica de gran relevancia para mantener la salud y preservar la vida. Consiste en que el paciente siga las recomendaciones médicas con el objetivo de mantener niveles óptimos de presión arterial y disfrutar de una buena calidad de vida. Al hacerlo, se evitan efectos secundarios que podrían tener consecuencias graves e incluso fatales.

El autocuidado es una función esencial para regular y mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar de cada individuo. Se trata de un sistema de acción deliberado que cada persona debe aplicar de manera consciente. Los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado son fundamentales para comprender las necesidades y las limitaciones de las personas que pueden beneficiarse de los cuidados de enfermería. Como una función reguladora humana, el autocuidado se distingue de otras formas de regulación del funcionamiento y desarrollo humano.

Los siguientes aspectos están relacionados con la teoría del autocuidado:

1. Cuidar de uno mismo: implica tomar conciencia de la propia salud y utilizar el pensamiento racional, la experiencia personal y las normas culturales para tomar decisiones. Es necesario tener el deseo y el compromiso de seguir un plan de autocuidado.
2. Limitaciones del cuidado: se refieren a las barreras o limitaciones que pueden surgir en el autocuidado. Esto puede ocurrir cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre

sí misma y no tiene el deseo de adquirirlos. También puede tener dificultades para evaluar su propia salud y saber cuándo buscar ayuda y consejo de otros.

3. Aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje y el mantenimiento continuo del autocuidado son funciones humanas. Implica adquirir conocimientos y utilizarlos para llevar a cabo acciones de autocuidado de forma interna o externa. La orientación de una acción de autocuidado puede determinarse mediante observación o mediante datos subjetivos proporcionados por el individuo.

El autocuidado requiere motivación y disciplina por parte del paciente para llevar a cabo de manera efectiva el proceso de autocuidado. Esto incluye la adopción de hábitos de vida saludables que ayuden a controlar y mejorar la condición médica. Es importante contar con asesoramiento durante los primeros días o meses para una adecuada adaptación, lo que aumentará las posibilidades de lograr cambios significativos en la salud del paciente.

Esto implica que el conocimiento no es suficiente para garantizar una práctica adecuada del autocuidado de la salud, sino que más bien actúa como un facilitador de una respuesta basada en la actitud. Otros factores también influyen en la ejecución final de un autocuidado adecuado. Por lo tanto, en las investigaciones que abordan este tema, es importante ir más allá de evaluar los conocimientos, posturas y acciones específicas de las personas para comprender más ampliamente cómo enfrentan los problemas de salud. Es crucial profundizar en los aspectos que modifican la aplicación de ese conocimiento en situaciones concretas.

Y al referirnos al manejo de la hipertensión arterial que es todo un proceso complejo y multidimensional que tiene como objetivo prevenir, detectar tempranamente, tratar de manera oportuna y adecuada con el fin de reducir el riesgo de complicaciones, es importante promover el autocuidado a través del conocimiento dirigida a los pacientes y sus familiares, ya que esto les permitirá desarrollar conductas beneficiosas para su salud y contribuirá a su formación como individuos responsables y productivos.

Es por ello por lo que es necesario que los profesionales de salud adquieran y apliquen conocimientos relacionados con la prevención de hábitos saludables y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, con el objetivo de reducir los riesgos de eventos cardiovasculares asociados a esta condición. En este sentido, el médico familiar desempeña un papel fundamental al estimular en el paciente crónico una adecuada autoestima,

brindándole seguridad en sí mismo y ayudándolo a realizar los cambios necesarios en su estilo de vida, proporcionándole la información necesaria para lograrlo.

La adquisición del conocimiento por el paciente hipertenso es fundamental para lograr un mejor control de la hipertensión arterial, ya que le permite aceptar su condición de salud, comprender mejor su enfermedad y sus consecuencias, aprender a convivir con una enfermedad crónica, adherirse adecuadamente al tratamiento y tener una larga supervivencia con una mejor calidad de vida. Es responsabilidad del equipo de salud, como cuidadores de la salud, llevar a cabo acciones educativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en relación a este factor de riesgo. Se considera que al aumentar el conocimiento que el paciente y su familia tienen sobre la hipertensión arterial como una enfermedad crónica no transmisible, se les proporcionará una herramienta invaluable para su control y manejo.



## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el principal obstáculo para prolongar la vida, también conocidas como enfermedades crónicas, ya que no se transmiten de persona a persona y tienen una larga duración, generalmente evolucionando lentamente. Una de estas enfermedades es la hipertensión arterial (HTA), que se considera la más común en la comunidad y se la ve como una dolencia casi generalizada. A nivel mundial, se reconoce como el factor de riesgo coronario más importante, responsable de una alta incidencia de enfermedades cerebrovasculares.

La educación del paciente con hipertensión arterial es fundamental para lograr un mejor control de su condición, ya que le permite aceptar su estado de salud, comprender mejor su enfermedad y sus consecuencias, y adquirir los conocimientos necesarios para convivir con una enfermedad crónica. Esto facilita una adecuada adherencia al tratamiento y una mayor supervivencia con una mejor calidad de vida. Es responsabilidad del médico familiar, como guardianas de la salud, llevar a cabo acciones educativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades relacionadas con este factor de riesgo. Se considera que al aumentar el conocimiento que el paciente y sus familiares tienen sobre la hipertensión arterial como una enfermedad crónica no transmisible, se les brinda una herramienta de gran valor para controlarla de manera efectiva.

Pero no solo el conocimiento de la enfermedad es indispensable por parte del paciente, es de igual forma la percepción que las personas tienen de su salud que está estrechamente relacionada con su estilo de vida y diversos factores socioculturales. A su vez, la forma en que una persona enfrenta un problema de salud ya sea una dolencia menor, un síntoma más grave o una enfermedad diagnosticada, depende en primer lugar de su conocimiento sobre el problema y luego de sus actitudes y prácticas de autocuidado para recuperar o mantener su bienestar. De ahí que surja la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y autocuidado en los pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Regional ISSEMyM Valle de Chalco?

### **3.- JUSTIFICACIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), determino que la hipertensión arterial es un problema de salud altamente prevalente a nivel mundial, y que por lo tanto se ha vuelto crucial que la población en general esté familiarizada con esta enfermedad para lograr una detección temprana y un mejor control de los niveles de presión arterial. A nivel global, más de uno de cada cinco adultos sufre de hipertensión arterial sistémica, siendo responsable de aproximadamente la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular y enfermedades cardíacas. Las complicaciones derivadas de la hipertensión son responsables de 9.4 millones de muertes anuales en todo el mundo. La prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad, llegando a afectar al 60% de hombres y mujeres mayores de 65 años.

Esto además se ve reflejado en las enfermedades cardiovasculares que han experimentado un aumento evidente, se puede observar el incremento de consultas médicas por parte de personas adultas maduras y mayores en los hospitales. Esta situación conlleva graves consecuencias a nivel personal y familiar, ya que sufrir de estas enfermedades implica un deterioro en la calidad de vida del individuo, así como un aumento de los costos tanto para la institución empleadora como para las entidades de salud debido a las incapacidades laborales y los altos gastos en tratamientos y controles médicos. Por esta razón, surge la motivación de conocer los conocimientos y autocuidados relacionados con la hipertensión arterial en las personas adultas que acuden al hospital. Se busca entender el sustento teórico existente y comprender la realidad de salud de los adultos que padecen de hipertensión arterial ante los aspectos de conocimientos de la enfermedad y de su autocuidado, porque el conocimiento de estos aspectos no se limita únicamente al médico, sino que también es importante que el paciente adquiera conocimientos que abarquen desde aspectos epidemiológicos hasta terapéuticos y nutricionales. De ahí la importancia del presente estudio.

#### **4.- OBJETIVOS**

##### Objetivo general

- Analizar el nivel de conocimientos y autocuidado en los pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Regional ISSEMyM Valle de Chalco.

##### Objetivos específicos

- Describir datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil) de los pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Regional ISSEMyM Valle de Chalco.
- Analizar el grado de conocimiento en los pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Regional ISSEMyM Valle de Chalco.
- Analizar el autocuidado de los pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Regional ISSEMyM Valle de Chalco.

## 5.- METODOLOGIA

El tipo de estudio es descriptivo, transversal, prospectivo no experimental. Este método implica la observación del hecho en su condición natural sin la intervención del investigador. No hay una manipulación de variables, estas se observan y describen tal como se presentan en su ambiente natural.

### Lugar

Hospital Regional Valle de Chalco dependiente de ISSEMyM, ubicado en Isidro Fabela S/N, esq. Av. Cuauhtémoc, Col. María Isabel, Municipio Valle de Chalco Solidaridad. Presenta colindancias al oriente con los municipios mexiquenses de Chalco e Ixtapaluca, al norte con La Paz, al occidente y sur con la alcaldía de Tláhuac, perteneciente a la Ciudad de México.

### Tipo y tamaño de la muestra

No probabilística, intencional, con 149 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial derechohabientes del Hospital Regional Valle de Chalco dependiente de ISSEMyM.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### criterios de inclusión:

- a) Pacientes adultos de ambos sexos.
- b) Que acudan regularmente al control de Hipertensión arterial.
- c) Pacientes que no tenga deficiencia física, intelectual o sensorial.
- d) Orientado en tiempo, espacio y persona.
- e) Que firme el consentimiento informado.

### criterios de exclusión:

- a) No deseen participar en el estudio
- b) Pacientes que pierdan derechohabiencia

### criterios de eliminación:

- a) Cuestionarios mal contestados y/o incompletos

## CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa continua	1) 30 a 34 años 2) 35 a 40 años 3) 41 a 45 años 4) 46 a 50 años 5) 51 a 55 años 6) 56 a 60 años 7) Más de 61 años
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos	Cualitativa Dependiente	1) Femenino 2) Masculino
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa Dependiente	1) Soltero (a) 2) Casado (a) 3) Unión libre 4) Separado (a) 5) Viudo (a)
Escolaridad	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.	Cualitativa Dependiente	1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Licenciatura 5) Técnico
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Cualitativa Dependiente	1) Maestro(a) 2) Policía 3) Servidor Publico 4) Intendencia 5) Ama de casa 6) Jubilado

Autocuidado en la hipertensión arterial (HTA)	Es el conjunto de actividades, habilidades y actitudes que realiza la persona con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad y favorecer el bienestar.	Cualitativa Independiente	1) Inadecuado 2) Adecuado
Nivel de conocimiento sobre Hipertensión Arterial (HTA)	Conjunto de conceptos, definiciones e informaciones que el paciente posee sobre la enfermedad de la hipertensión arterial, que puede influir positiva o negativamente en el nivel de autocuidado.	Cuantitativa Independiente	1) Nivel de información Insuficiente. 2) Nivel de información suficiente.

## MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Se utilizó un cuestionario para obtener las variables sociodemográficas. Se utilizó el instrumento que contiene 21 ítems acerca de los conocimientos, habilidades y actitudes del adulto mayor con hipertensión arterial para su autocuidado dividido en 5 tópicos:

- ✓ Tratamiento y farmacoterapia con 5 ítems 1, 2, 3, 4, 5,
- ✓ Alimentación con 5 ítems 6, 7, 8, 10, 11
- ✓ Actividades y reposo con 4 ítems 12, 13, 14, 15,
- ✓ Conocimiento con 6 ítems 9, 16, 18, 19, 20, 21
- ✓ Interacción social con 1 ítems. 17

El nivel de autocuidado se midió en escala ordinal, teniendo como referencia el puntaje promedio obtenido entre todos los pacientes con HTA, que es igual 21 puntos: Inadecuado Nivel de Autocuidado: Cuando se obtuvo una calificación menor o igual al puntaje promedio de 21 puntos. Adecuado Nivel de Autocuidado: Cuando se obtuvo una calificación mayor al puntaje promedio de 21 puntos.

Para evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos que acude regularmente cada mes a su control de Hipertensión arterial se utilizó el cuestionario basado en el nivel de conocimiento de su enfermedad el adaptado de la investigación de Pérez, N (1996), entre las que destacan la educación sanitaria en la Hipertensión arterial y en otras muchas

enfermedades, constituyendo esta educación uno de los elementos más eficaces. Consta de 10 ítems que están divididos en 7 componentes:

- ✓ Definición 1,
- ✓ Etiología 2,
- ✓ Patología 4,
- ✓ Manifestaciones clínicas 3,
- ✓ Diagnostico 6,
- ✓ Tratamiento 7, 10
- ✓ Prevención 8, 9

El nivel de información se clasificó de acuerdo al puntaje obtenido en donde cada ítem del test consta de 5 alternativas, siendo solo una de ellas la correcta, el puntaje dado a cada respuesta correcta fue de dos puntos. Nivel de información Insuficiente, cuando alcanzó una calificación menor o igual a 10 puntos. Nivel de información suficiente, cuando alcanzó una calificación mayor a 10 puntos.

#### Análisis de la información

Las variables cualitativas se resumirán con frecuencias y porcentajes [n,(%)], las variables cuantitativas se resumirán con medias y desviación estándar o medianas y rangos, dependiendo el tipo de distribución de los datos. Se utilizó análisis de correlación para calcular el coeficiente de correlación de Pearson entre el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado para determinar si existe una relación lineal entre estas dos variables.

#### Recursos Humanos.

- Medico
- Enfermería
- Archivo clínico.
- Investigar principal

#### Recursos Materiales:

- Hojas
- Lápices



- Computadora.
- Instalaciones del Hospital Regional Valle de Chalco, ISSEMyM.

Recursos Físicos:

Se realizó en la sala de espera de pacientes, a todos los pacientes que acudían a su consulta de control, así como en la consulta de la unidad ISSEMYM de consulta externa.

Financiamiento. Autofinanciado por autor de la investigación.

## **6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación se apega a la declaración Helsinki en 1975 y sus enmiendas en Edimburgo en el año 2000 y su última revisión en Fortaleza Brasil en octubre de 2013. Se apega a los “principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación” contenidos en el informe Belmont, publicados en 1976: principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. A las “pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos” que publica el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médica (pautas CIOMS) en colaboración con la OMS en 2011, así como al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, última reforma publicada DOF 02-04-2014. A la NOM-012-SSA3-2012 Norma Oficial Mexicana que establece los criterios para la ejecución de investigación para la salud en seres humanos.

Atiende las recomendaciones del comité de investigación y cumple con las normas éticas del comité de ética en Investigación y/o bioseguridad. Respecto al reglamento de la ley General de Salud en materia de Investigación para la salud publicada en el Diario oficial de la Federación desde 3 de febrero de 1983 y los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, este estudio se considera con riesgo mínimo.

**Principio de No maleficencia:** No se dañará la salud de ningún participante y no serán expuestos a ningún tipo de riesgos ya que solo serán consultados los datos consignados en el cuestionario sin hacer mal uso de sus datos personales.

**Principio de Beneficencia:** Este estudio busca identificar el nivel de conocimiento y el grado de autocuidado de los pacientes con diagnóstico de HTA en la población adulta del ISSEMYM Valle de Chalco mediante un instrumento fácil de responder y con una alta confiabilidad para detectar a los pacientes con dicha alteración y ofrecerles tratamiento oportuno a fin de mantener un buen estado mental el cual se refleje en su salud.

**Principio de Justicia:** Se ofrecerá participar a todos los pacientes con HTA que acudan a los servicios del hospital en el periodo comprendido a fin de que todos tengan la misma probabilidad de participar en el estudio. Se evitará el uso ilegal de esta información ante cualquier situación.

**Principio de Autonomía:** se respeta el principio de autonomía al solicitarles su participación voluntaria y la firma de la carta de consentimiento informado. Así como respetando su libre derecho a derivarlos a servicios especializados en caso de ser necesario.

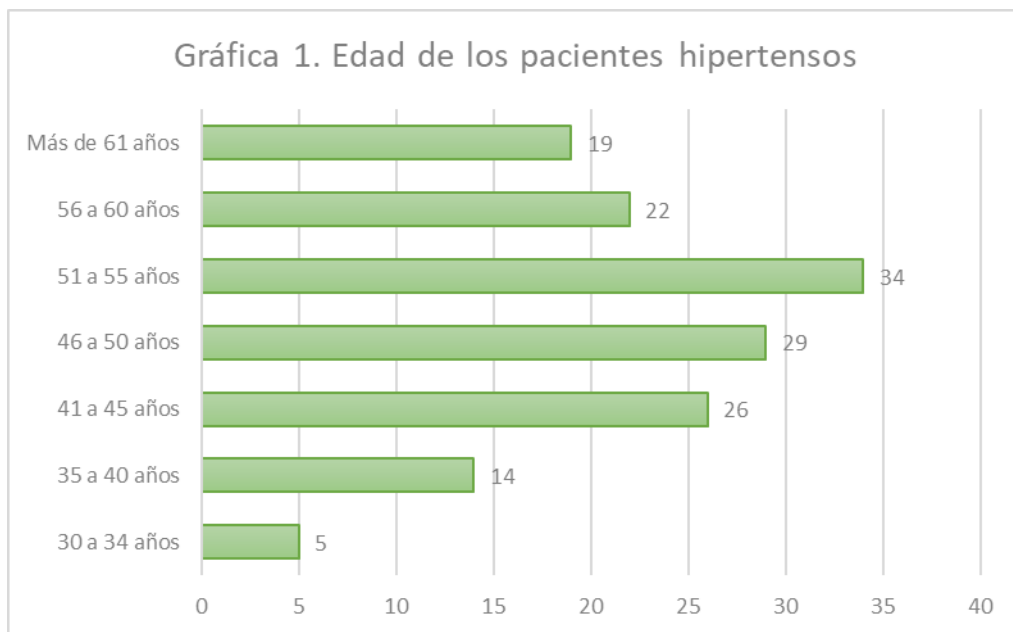
Contribuciones a los participantes y la sociedad: el estudio permitirá identificar al personal que cursa con deterioro cognitivo leve y será derivado para recibir atención médica o psicológica a fin de mantener un estado de salud mental óptima.

Balance riesgo beneficio: positivo, se podrá identificar los casos positivos y derivarlos para atención.

Forma de recabar el consentimiento informado: se les invitará a participar en el estudio y de aceptar entregaran en consentimiento informado. Se auxiliarán encuestadores para entregarles el cuestionario y recogerlo una vez llenado.

## 7.- RESULTADOS

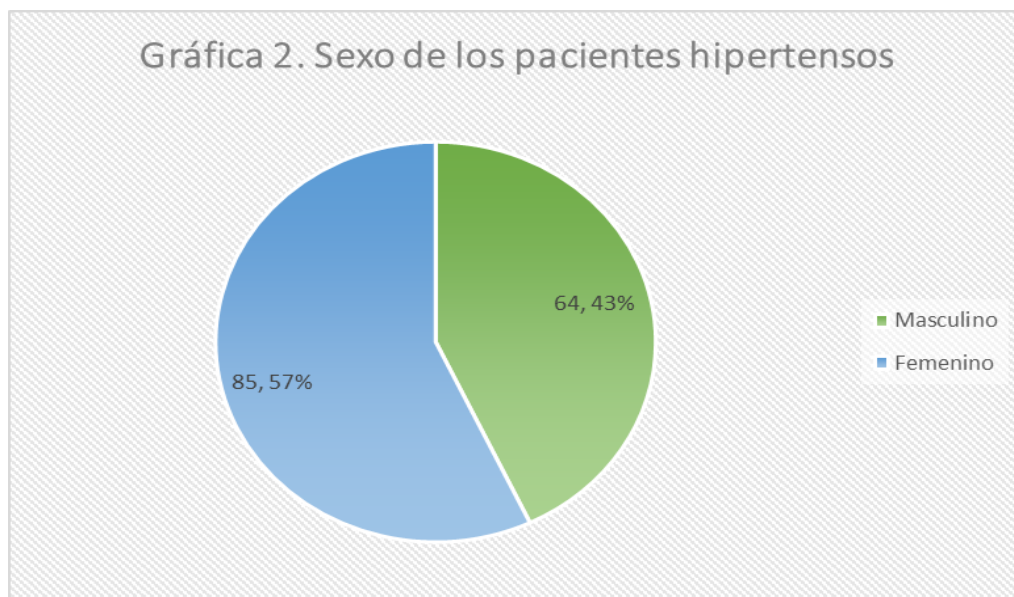
Se incluyó a una muestra de 149 que cumplieron con los criterios de selección y eliminación de una población de pacientes adultos con HTA. De acuerdo a los grupos de edad asignados de 30 a 34 años fueron 5 pacientes hipertensos (3%), en el rango de 35 a 40 años de edad fueron 14 pacientes hipertensos (9%), entre los 41 a 45 años de edad fueron 26 pacientes hipertensos (18%), entre los 46 a 50 años de edad fue de 29 pacientes (19%), entre los 51 a 55 años de edad fueron 34 pacientes (23%), de los 56 a 60 años de edad 22 pacientes (15%) y de más de 61 años de edad 19 pacientes (13%). Gráfica 1



Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos

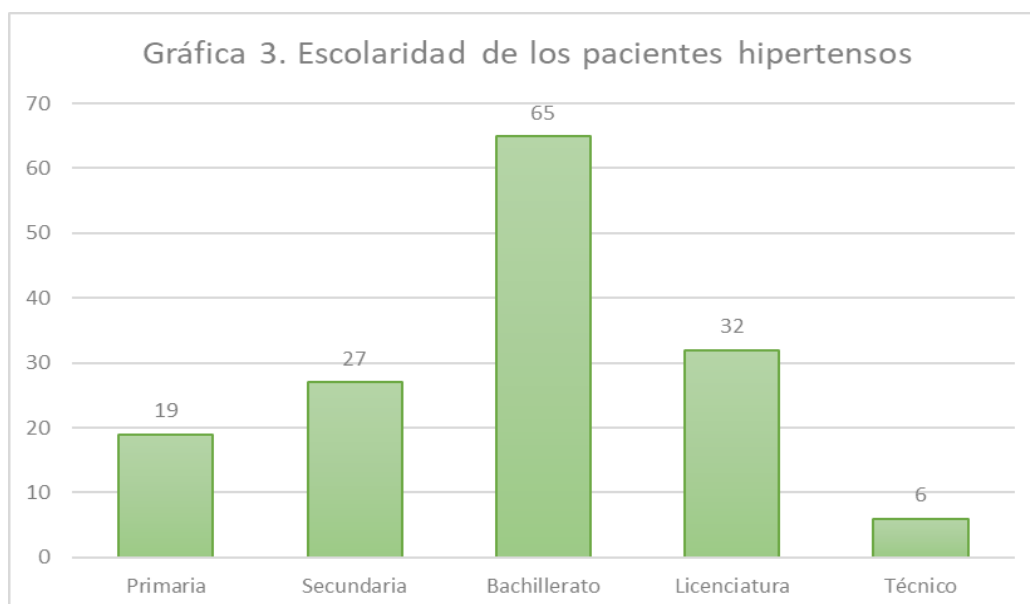
Al determinar el sexo de los pacientes hipertensos se observó que del sexo masculino fueron 64 pacientes hipertensos (43%) y del sexo femenino fueron 85 pacientes hipertensas (57%).

Gráfica 2



Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos

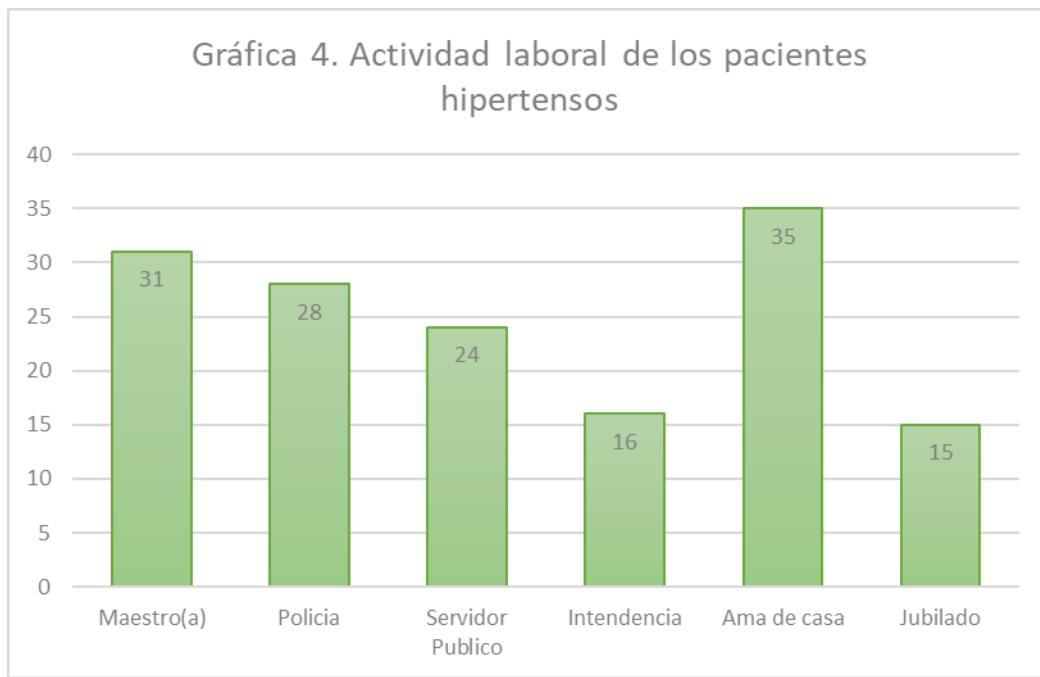
Otra de las variables se relacionó al grado de escolaridad de los pacientes hipertensos, de nivel primaria fueron 19 pacientes (13%), de un nivel secundaria (18%), con bachillerato 65 pacientes (43%), de nivel técnico 6 pacientes (4%) y de nivel licenciatura 32 pacientes hipertensos (22%). Gráfica 3



Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos

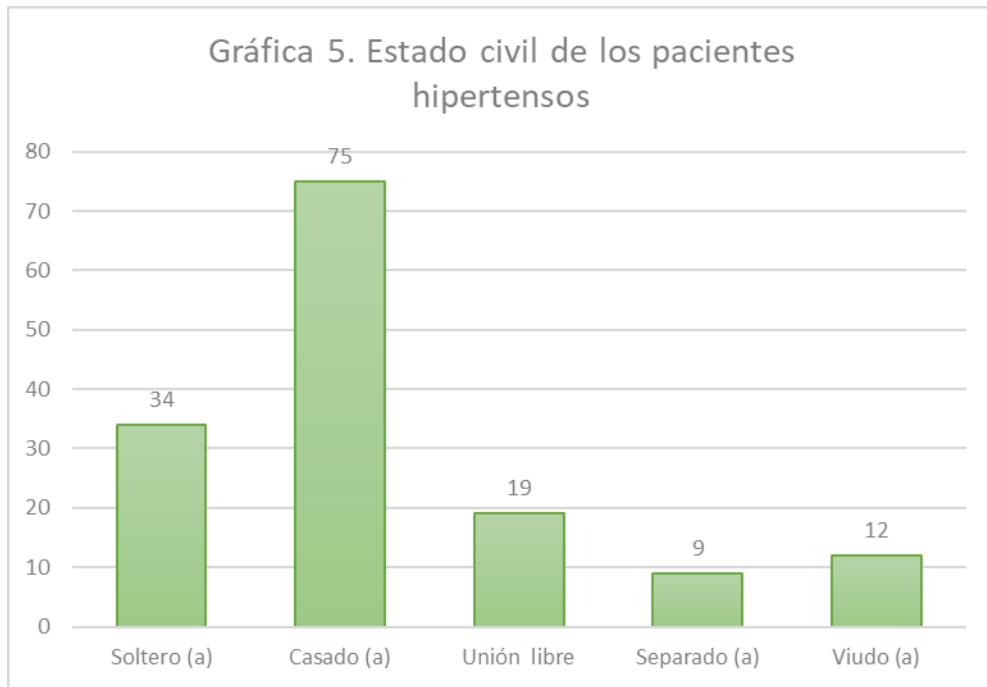
Entre otras variables mas a estudiar fue la actividad laboral desempeñada por los pacientes hipertensos y como docente o maestro fueron 31 pacientes (21%), en el área de seguridad

como policías 28 pacientes (18%), de servidor publico 24 pacientes (16%), como de intendencia 16 pacientes (12%), como ama de casa o el hogar 35 pacientes (23%) y como pensionados o jubilados 15 pacientes (10%). Gráfica 4



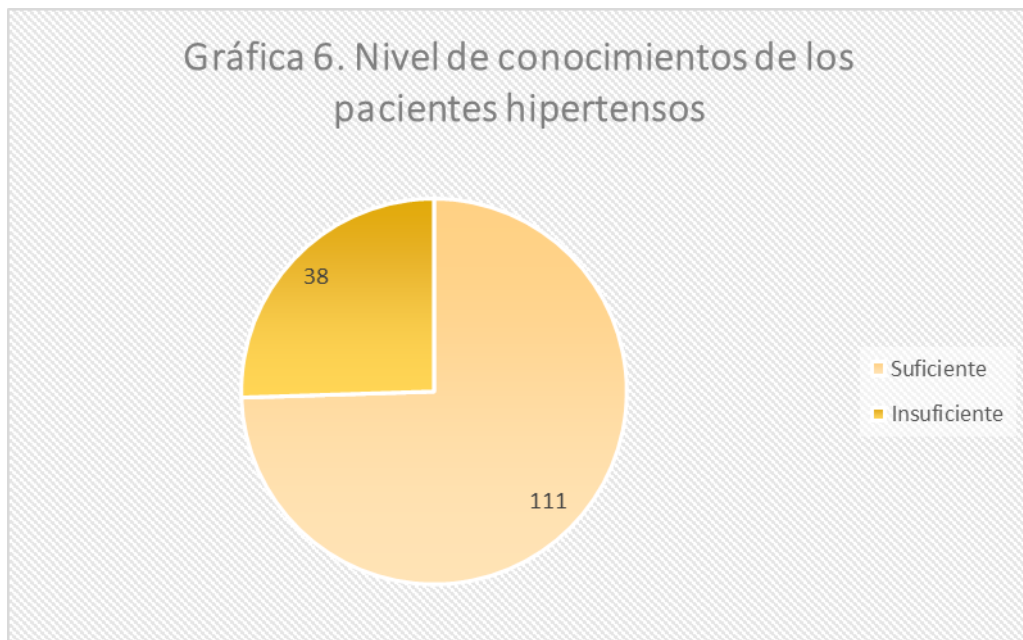
Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos

La siguiente variable para determinar fue estado civil que mantenían los pacientes hipertensos, como soltero (a) fueron 34 pacientes (23%), 75 pacientes hipertensos (51%) eran casado (a), en unión libre fueron 19 pacientes hipertensos (12%), separado (a) fueron 9 pacientes (6%) y en estado de viudez 12 pacientes (8%). Gráfica 5



Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos

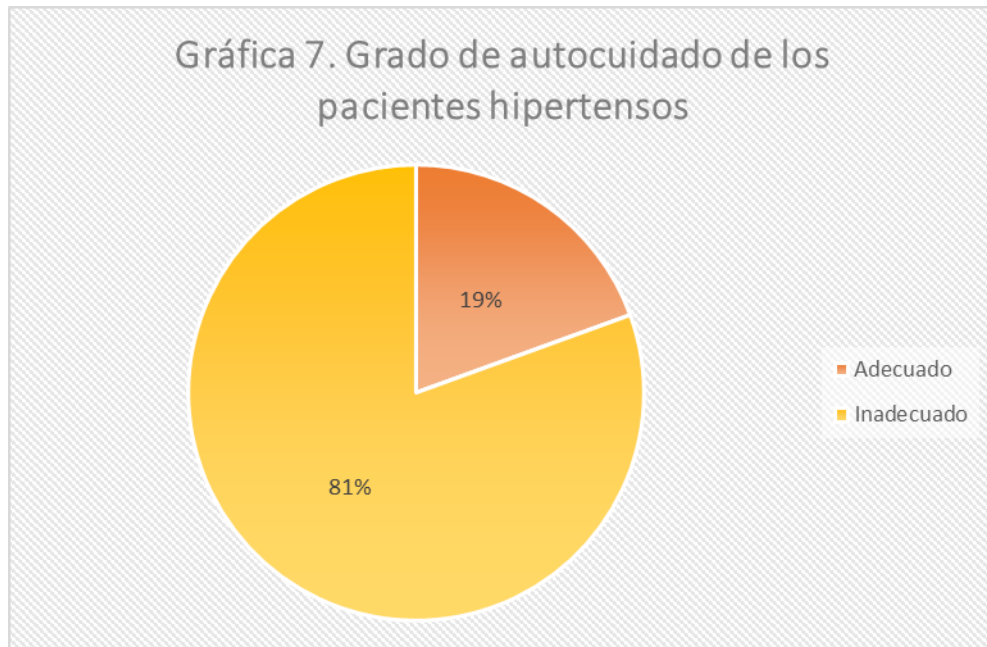
En la evaluación sobre el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos sobre su enfermedad fueron con nivel de conocimiento suficientes fueron 111 pacientes hipertensos (74%) y de un nivel de conocimientos insuficientes 38 pacientes (26%). Gráfica 6



Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos



Con respecto al grado de autocuidado de los pacientes se evaluó que con un grado de autocuidado adecuado fueron 29 pacientes (19%) y de un grado de cuidado inadecuado 120 pacientes hipertensos (81%). Gráfica 7



Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos

La media del Nivel de conocimientos es aproximadamente 11.91, la media del Grado de autocuidado es aproximadamente 19.54, la mediana del Nivel de conocimientos es 14, la mediana del Grado de autocuidado es 19, la varianza del Nivel de conocimientos es aproximadamente 9.92, y la varianza del Grado de autocuidado es aproximadamente 7.19.

Tabla 1

Tabla 1. Características del conjunto de datos

	Nivel de conocimientos	Grado de autocuidado
<b>Media</b>	<b>11.91</b>	<b>19.54</b>
<b>Mediana</b>	<b>14</b>	<b>19</b>
<b>Varianza</b>	<b>9.92</b>	<b>7.19</b>

Fuente: Cuestionario conocimientos y autocuidado de pacientes hipertensos

El coeficiente de correlación de Pearson entre el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado es -1.202231. Este valor indica una correlación negativa entre las dos variables,

lo que sugiere que a medida que el nivel de conocimientos aumenta, el grado de autocuidado tiende a disminuir.

Se pudo observar de igual forma que tanto para hombres como para mujeres, los coeficientes de correlación son negativos, lo que indica una correlación negativa entre el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado. Sin embargo, los coeficientes de correlación son más débiles en comparación con el análisis general, lo que sugiere que la relación entre estas variables es menos evidente o significativa cuando se desglosa por sexo.

## 8.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La hipertensión arterial representa un importante desafío para la salud pública en México, siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte. En los últimos años, ha habido un aumento en el porcentaje de personas diagnosticadas con esta condición, lo que plantea un problema para el sistema de salud del país.

Esta enfermedad es un factor de riesgo significativo para complicaciones cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica, que es la principal causa de muerte en México, y los eventos cerebrovasculares. Debido a la falta de síntomas evidentes, el diagnóstico de la hipertensión arterial puede ser complicado. Sin embargo, una simple medición de la presión arterial puede marcar la diferencia entre controlar la enfermedad a tiempo y mejorar el pronóstico. La falta de un control adecuado de la enfermedad puede dar lugar a diversas complicaciones, pero es posible prevenirla mediante un diagnóstico temprano.

En nuestro país, muchas personas desconocen los principales síntomas de esta enfermedad, que pueden pasar desapercibidos al principio. El problema principal radica en la falta de detección o en la indiferencia ante estos síntomas. Es esencial tener conciencia de los signos de la enfermedad y buscar atención médica oportuna para su diagnóstico y tratamiento.

El presente estudio pretendió reflejar las variables sociodemográficas de la población y su nivel de conocimiento con asociación del autocuidado, las variables de edad, sexo y escolaridad de mayor predominancia los 51 a 60 años de edad con un 35% de ellos, predominando el sexo femenino con el 57% y estado civil más frecuente eran casado con 51% de ellos sumado a los de una pareja en unión libre con el 12%; que de acuerdo al estudio publicado por Emma Aguado Fabián, María Arias Guisado y Gabriela Sarmiento Almidón; en su texto Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, Hospital Cardiología. Se observó las siguientes características sociodemográficas en el estudio: en promedio, los pacientes eran adultos maduros con edades comprendidas entre los 51 y 60 años, representando el 55% del total. En cuanto al género, el sexo femenino prevaleció con un 55.8%. En cuanto al estado civil, el grupo más representativo fue el de los convivientes, con un 36%, coincidiendo con el presente estudio. No así con el nivel de educación y la asociación de nivel de conocimientos con el grado de autocuidado en el presente estudio, ya que el grado de educación fue el bachillerato con el 43% e indicó una correlación negativa entre las dos variables, lo que sugiere que a medida que el nivel de conocimientos aumenta, el grado de autocuidado tiende a disminuir.

Ya que el estudio de Emma Aguado Fabián, María Arias Guisado y Gabriela Sarmiento Almidón el nivel de educación, el grado de instrucción más común fue la secundaria, con un 46.5%. Se evidencia que el 88% de las personas posee un nivel de conocimientos elevado y un nivel de autocuidado que va desde alto hasta medio. Los conocimientos que una persona tiene sobre la hipertensión arterial y el cuidado personal desempeñan un papel importante en la adopción de prácticas saludables.

Si concuerda en cierto grado con el estudio realizado por Arroyo L. Estilo de Vida y Autocuidado en el Adulto Mayor Hipertenso Hospital II, evidencian que existe una correlación significativa positiva pero baja entre el estilo de vida y autocuidado del adulto mayor hipertenso. Por lo tanto, concluyeron que el estilo de vida está relacionado al nivel de autocuidado.

En su editorial del Dr. Juan Carlos Maldonado R. Sobre el estudio Conocimientos, actitudes y prácticas en el autocuidado de la salud. Refiere que la percepción que cada individuo tiene de su propia salud está directamente relacionada con sus condiciones de vida y diversos factores socioculturales. Cuando una persona experimenta algún problema de salud, ya sea una molestia leve, un síntoma más grave o una enfermedad diagnosticada, la forma en que lo afronta depende en primer lugar del conocimiento que posea sobre el problema y, posteriormente, de las actitudes y prácticas que adopte para recuperar o mantener su bienestar.

Si bien el conocimiento es importante para llevar a cabo prácticas adecuadas de autocuidado de la salud, su papel primordial es el de facilitar una respuesta actitudinal.

## 9.- CONCLUSIONES

Es importante destacar que los pacientes con hipertensión arterial se encuentran en una situación de riesgo para su salud. Sin embargo, el nivel de conocimiento y el autocuidado juegan un papel fundamental en su manejo y control de la enfermedad.

Se observó en el estudio que el nivel de autocuidado de los pacientes se encuentra en un rango de inadecuado, lo cual sugiere que se deben tomar medidas para controlar su enfermedad y adoptar hábitos saludables. Sin embargo, es importante destacar que aún hay margen de mejora en este aspecto, ya que un nivel de autocuidado alto es crucial para prevenir complicaciones y mantener un buen control de la hipertensión arterial.

Nuestros hallazgos revelan que un porcentaje significativo de pacientes muestra un nivel de conocimientos alto en relación a la hipertensión arterial. Esto es alentador, ya que indica que tienen información adecuada sobre la enfermedad y sus implicaciones. Pero es un hecho que existen otros factores que influyen en la ejecución final de un autocuidado adecuado que no necesariamente solo es el conocimiento de su enfermedad o enfermedades. Por lo tanto, en las investigaciones que abordan este tema, es crucial examinar más allá de lo que las personas saben y las acciones específicas que toman, y profundizar en los aspectos que modifican la aplicación de ese conocimiento en situaciones concretas. Esto permitirá comprender de manera más amplia cómo las personas enfrentan los problemas de salud y mejorar la efectividad de las intervenciones de autocuidado.

Es fundamental que los profesionales de la salud continúen brindando apoyo y educación a los pacientes, empoderándolos para que asuman un papel activo en el manejo de su hipertensión y promoviendo la adopción de estilos de vida saludables. De esta manera, se podrá mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la carga de la enfermedad en la población.

## 10. ANEXO

Instrumento: Nivel de conocimiento y autocuidado en los pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Regional ISSEMyM Valle de Chalco

Introducción:

El presente cuestionario forma parte de un estudio que tiene como propósito contribuir al reforzamiento en la atención de los pacientes con hipertensión arterial para una mejor orientación para el beneficio de salud.

Datos Generales:

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Instrucciones:

Estimado paciente a continuación se da a conocer una serie de proposiciones a la que Ud. debe responder con responsabilidad, agradecemos su colaboración.

ÍTEMS	RESPUESTA				
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
PREGUNTAS					
1. ¿Se realiza control periódico en algún centro de salud?					
2. ¿Usa únicamente los medicamentos indicados por el medico?					
3. ¿Al tomar sus medicamentos, tiene en cuenta, el tipo, dosis y hora?					

4. ¿Si sus medicamentos le producen somnolencia y depresión, Ud. consulta con su médico para continuar su tratamiento?			
5. ¿Deja de tomar sus medicamentos cuando su presión arterial se mantiene a nivel normal?			
6. ¿Evita el consumo de alimentos salados, café,té licor y tabaco?			
7. ¿Consume alimentos como embutidos bebidas gaseosas, pescado o atún enlatado, galletas y frituras?			
8. ¿Ingiere sus alimentos teniendo en cuenta lo que puede y que está prohibido?			
9. ¿Con que frecuencia se controla su peso?			
10. ¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas, verduras diariamente?			
11. ¿Consume alimentos que contenga gran contenido de grasa?			
12. ¿Tiene periodos de descanso durante el día?			
13. ¿Duerme por las noches de 6 a 8 horas por día?			
14. ¿Realiza actividades físicas como algún deporte?			
15. ¿Realiza caminatas?			
16. ¿Ha sido capaz de cambiar hábitos que tenía con tal de mejorar mi salud?			

17. ¿Si ya no puede cuidarse puede buscar ayuda?			
18. ¿Es capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud?			
19. ¿A medida que cambien las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud?			
20. ¿Considera usted que el daño ocasionado por la hipertensión es irreversible? (que no vuelve a la normalidad)			

Estimado señor (a) el presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad conocer aspectos importantes relacionados con la información sobre Hipertensión Arterial, por lo que se solicitará su cordial colaboración; comunicándoles que los datos obtenidos serán confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento.

Marque con una X o encierre con un círculo la respuesta correcta:

## **A.- CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD.**

### **1.1.- ¿Qué es Hipertensión Arterial?**

- a) Es una enfermedad sanguínea
- b) Es una enfermedad de la ancianidad
- c) Es una enfermedad del corazón
- d) Es una enfermedad pasajera y curable
- e) No sabe



### **1.2.- ¿Cómo se produce la hipertensión arterial?**

- a) Se eleva la presión arterial, se colapsan las arterias y disminuye el riego sanguíneo
- b) Aumenta la cantidad de sangre en el organismo.
- c) Se eleva la presión arterial por encima de las cifras normales solamente,
- d) Disminuye la cantidad de sangre.
- e) No sabe

### **1.3.- ¿Cuáles son los síntomas de una persona hipertensa?**

- a) Dolor de estómago, dolor de cabeza, falta de respiración
- b) Fiebre, respiración débil, pulso débil, dolor de cabeza
- c) Mareos, sofocación, dolor de cabeza, pulso rápido, náuseas.
- d) Dolor en el pecho, dolor en el corazón, aumento de sangre, aumento de pulso.
- e) No sabe

### **1.4.- ¿Cuáles son las causas de la hipertensión arterial?**

- a) Un desequilibrio en el consumo de alimentos solamente.
- b) Una alteración de los vasos sanguíneos
- c) Un virus o una bacteria que ataca al corazón
- d) Un excesivo consumo de sal, sobrepeso, antecedentes familiares, entre otros.
- e) No sabe

**1.6.- ¿Cómo se diagnostica la Hipertensión Arterial?**

- a) A través de la toma de la presión arterial con el esfigmomanómetro.
- b) A través del estetoscopio
- c) A través de pruebas diagnósticas de sangre
- d) Reducción de peso, disminución del consumo de sal, ejercicio.
- e) Disminución de sal en las dietas
- f) No sabe.

**1.7.- ¿Qué tratamiento seguir para la Hipertensión Arterial?**

- a) Seguir el tratamiento indicado por el médico. .
- b) Alimentación, algún deporte, indicaciones por el médico
- c) No tomar nada, porque la presión arterial bajará por sí solo.
- d) Ir a una farmacia y comprar pastillas para que baje la presión arterial
- e) No sabe

**1.8.- ¿Que debemos de tener en cuenta para prevenir la Hipertensión Arterial?**

- a) Comer solo verduras
- b) Comer solo alimentos que no contengan sal
- c) Comer de todo mientras no sea obeso
- d) Controlar la presión arterial periódicamente, llevar una vida saludable
- e) No sabe

**1.9.- ¿Que personas corren el riesgo de enfermar de hipertensión arterial?**

- a) Las personas de contextura delgada, consumidores de azúcar y agua
- b) Los obesos que consumen dieta balanceada y natural
- c) Los alcohólicos mal alimentados
- d) Los obesos, los consumidores de alcohol, tabaco, sal, grasas.
- e) No sabe

**1.10.- Sabe usted, ¿cuánto durará el tratamiento?**

- a) Un año a partir del diagnostico
- b) Solo un corto periodo de tiempo
- c) Hasta que se cure totalmente
- d) El tratamiento es permanente y progresivo

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1.- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La Hipertensión Arterial de la población en México, una de las más altas del Mundo | Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”. 2017. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201707/203>.

2.- Rosas-Peralta M y col. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 54, núm. 1, 2016, pp. S6-S51.

3.- World Health Organization. A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO, 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?sequence=1)

4.- Campos Nonato I, Hernandez Barrera L, Flores Coria A, Gomez Alvarez E, Barquera S. Prevalence, diagnosis and control of hypertension in Mexican adults with vulnerable condition. Results of the Ensanut 100k. Salud Publica Mex. 2019;61(6):888-97. <https://doi.org/10.21149/10574>

5.- Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. 2020;76(25):2982-3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>

6.- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Chapter 4. Burden: mortality, morbidity and risk factors. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf)