

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado



Unidad de Medicina Familiar Número 31 “Iztapalapa”

Tesis de Posgrado:

**“AUTOEVALUACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA EN EL
PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF 31”**

**Que para obtener el título de médico especialista en
Medicina Familiar.**

Presenta: Dr. Moreno Rosas Medardo José.

**Dra. Leticia Ramírez Bautista
ASESOR CLINICO**

**Dr. Fabián Avalos Pérez.
ASESOR METODOLOGICO**

México Distrito Federal agosto del 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AUTORIZACIONES:

**DR.JUAN GILBERTO ALVAREZ DE LA O
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 31, IMSS**

**DRA.LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N0. 31, IMSS**

**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 31, IMSS.**

ASESORES.

**CLÍNICO
DRA.LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA**

METODOLÒGICO

DR. FABIAN AVALOS PEREZ

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
ANTECEDENTES.....	6
MARCO CONCEPTUAL.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
JUSTIFICACIÓN.....	16
HIPOTESIS.....	17
OBJETIVOS	17
METODOLOGIA DEL ESTUDIO	18
VARIABLES	21
CONSIDERACIONES LEGALES.....	23
RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	24
RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	31
ANEXOS.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	35

RESUMEN

“AUTOEVALUACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF 31”

R3MFMoreno Rosas Medardo José, Dra. Leticia Ramírez Bautista, Dr. Fabián Avalos Pérez.

INTRODUCCIÓN: Una de las bases del tratamiento de la hipertensión arterial es la modificación del estilo de vida, ya sea como tratamiento o como complemento del tratamiento farmacológico. Es por eso que estas medidas deben ser indicadas en todos los pacientes con hipertensión arterial, modificando el estilo de vida de forma progresiva, reduciendo el consumo de sal, pérdida de peso, disminución de la ingesta de alcohol, además del abandono del hábito tabáquico.

OBJETIVOS: Describir a través de una autoevaluación del paciente con hipertensión arterial de la UMF 31 la frecuencia de la modificación del estilo de vida como parte de su tratamiento.

MATERIAL Y METODOS: Es un estudio trasversal descriptivo, en el que se buscó describir la frecuencia de la modificación del estilo de vida en los pacientes con hipertensión arterial de la UMF31 por medio de una autoevaluación, en una muestra de 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en el que se aplicó una encuesta por medio de un muestreo no probabilístico.

RESULTADOS: De los 100 pacientes el 51% es del sexo femenino, la media de edad fue de 63 años, de estos el 49.3% acepta haber recibido la indicación de la modificación del estilo de vida, el 5% se autoevaluó que si modificaron su estilo de vida, siendo la actividad física con el 63% el estilo que más modifica el paciente, el 80% se encuentra con un buen control de las cifras de presión arterial.

CONCLUSIONES: El paciente manifestó sobre la modificación del estilo de vida la falta de adherencia hacia este tipo de acciones, además cree que es poca la información recibida por el médico familiar o al menos no las considera como parte de su tratamiento.

PALABRAS CLAVES: *Hipertensión arterial, modificación del estilo de vida, autoevaluación.*

INTRODUCCIÓN.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una de las enfermedades cronicodegenerativas con mayor morbilidad a nivel mundial, en México se ha convertido en un problema de salud pública principalmente por sus complicaciones a largo plazo.

Para la prevención de sus complicaciones, el objetivo del tratamiento de la hipertensión arterial sistémica es el control de las cifras de presión arterial menores a 140/90 mmHg por los medios menos agresivos posibles, dentro de estas encontramos a la modificación del estilo de vida, que son las acciones encaminadas a la modificación de hábitos que influyen en el control de la hipertensión arterial, en las que se incluyen pérdida de peso, dieta DASH, actividad física, reducción del consumo de sal, abandono del hábito tabáquico, reducción del consumo de alcohol. Medidas que deben de ser implementados por el médico tratante y reforzadas por el equipo de salud, ya que estas medidas no solo controlan las cifras de presión arterial si no también disminuyen el riesgo cardiovascular.

Para ello el médico debe de plantearse metas y objetivos para un buen control de la hipertensión en donde se debe de insistir y dar seguimiento al cumplimiento de la modificación del estilo de vida, ya que la poca información que existente

a demostrado que el incumplimiento de la modificación del estilo de vida es elevado probablemente por el cambio de conductas que significa para el paciente. Además de que el paciente no le da la importancia a este tipo de acciones no considerándolas como parte de su tratamiento, por lo cual con la realización de este estudio se pretende indagar como el paciente con hipertensión arterial sistémica ha cambiado su estilo de vida como parte del tratamiento de la HAS y con los datos obtenidos orientar al médico familiar sobre la importancia de la indicación de este tipo de medidas así como dar seguimiento a estas.

ANTECEDENTES

Aunque desde los años 50 se comenzó a relacionar a la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular, fue hasta los años 60 y 70 cuando se demostró la relación que existe entre la hipertensión y la mortalidad debido a complicaciones por daño a órganos diana (corazón, riñón cerebro.), principal causa de mortalidad en este tipo de pacientes. Estos hallazgos fomentaron la realización de estudios e investigaciones principalmente sobre la fisiopatología y medidas para su prevención y tratamiento.¹

El objetivo del tratamiento es prevenir las complicaciones por los medios menos agresivos para el paciente; por lo cual es indispensable la detección de los factores de riesgo de forma individualizada en cada paciente para así poder tomar acciones ya sea para la prevención o como parte de su tratamiento.¹

Una de las principales acciones son las medidas no farmacológicas las cuales han recibido diferentes denominaciones, siendo la de modificación del estilo de vida (MEV) la más aceptada desde que los miembros del Joint National Committee (JNC) la propusieron en el V Informe de 1993.² Este tipo de acciones han demostrado su eficacia no solo para disminuir las cifras de presión arterial si no también reducir factores de riesgo los cuales se les a relacionado con otras enfermedades crónicas, además de que con la buena adherencia de estas medidas se disminuye el número y dosis de fármacos antihipertensivos.^{2,3,}

En México la NOM -030-SSA2-2009, establece que el manejo inicial del paciente con hipertensión arterial deberá ser del tipo no farmacológico durante los primeros 12 meses en pacientes en estadio 1 y 6 meses en estadio 2, siempre y cuando este supervisado por un médico, quien decidirá cuando iniciar con el tratamiento farmacológico.⁴

Dentro de las modificaciones del estilo de vida que con mayor frecuencia se recomiendan como parte del tratamiento de hipertensión arterial sistémica son: Pérdida de peso, actividad física diaria, dieta tipo DASH, disminución del consumo de sal, abandono del hábito tabáquico, disminución del consumo de alcohol.^{4,5, 6,7,8,9.}

En cuanto a la pérdida de peso encontramos que existe una gran relación entre la obesidad y la hipertensión arterial sistémica además de otras enfermedades crónicas degenerativas,⁹ por tal motivo se recomienda en la población en general para prevenir este tipo de enfermedades y el en paciente hipertenso para un buen control mantener un IMC de 18 a 24.9 kg/m²,^{10,} ya que con la reducción de

peso no solo se favorece el buen control de la presión arterial sino que también reduce el factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades cronicodegenerativas como la DM2.¹⁰ Algunos estudios hacen referencia que por cada kilogramo de peso que reduce el paciente se obtienen una reducción de la presión arterial en promedio de 1 mmHg y de 5 a 20 mm hg por cada 10 kg.^{10,}

Sobre la actividad física se recomienda la práctica de ejercicio físico aeróbico por lo menos 30 minutos al día casi todos los días de la semana o al menos 5 veces a la semana, el tiempo y el tipo de actividad física deberá de ser individualizado en cada paciente dependiendo de su condición física. Con la realización de esta medida la reducción aproximada de la presión arterial es de 3-4 mmhg además que con este tipo de acción favorece la pérdida de peso.^{10, 11,}

Se contraindica la realización de ejercicio de esfuerzo por el aumento de las cifras de presión arterial que produce.^{10, 11,}

El abandono del hábito tabáquico es quizá el estilo de vida que menos se indica al paciente como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, a pesar de que se ha observado que si el paciente logra abandonar el tabaco antes de los 40 o 50 años de edad puede llegar a tener una mejor expectativa de vida parecida a la de los no fumadores, la reducción de las cifras de presión arterial con el abandono del hábito tabáquico son muy pequeñas de 2 -3 mm Hg aunque se a observado en algunos estudios que puede existir una mayor reducción en aquellos fumadores con un consumo más intenso^{10,11.}

La dieta tipo DASH sigla del inglés Dietary Approaches to Stop Hypertension, este tipo de alimentación se basa en el aumento del consumo de frutas, verduras, lácteos descremados incluyendo pollo, pescado y semillas, y la reducción de carnes rojas, grasas y carbohidratos con el fin de disminuir la presión arterial. Los mecanismos por el cual este tipo de alimentación favorece a reducir las cifras de presión arterial no están claros, pero se han formulado hipótesis dentro de las cuales destacan: Por las propiedades antioxidantes de los polifenoles y el efecto diurético de algunos de los componentes de la dieta. Con la adherencia a esta medida se puede reducir las cifras de presión arterial de 8 a 14 mm Hg de presión arterial.^{11,12.}

Existe también la dieta mediterránea, con características y propiedades semejantes a la DASH, esta se basa principalmente en una alimentación rica en vitaminas A,E,C, vegetales, frutas, frutos secos, pescado, aves, cantidades pequeñas de carnes rojas, pan, pastas, y grasas de predominio el aceite de oliva, con este tipo de alimentación por sus acciones antioxidantes disminuye el riesgo cardiovascular, sobre la hipertensión arterial sistémica previene su aparición y favorece su control.^{12, 13}

Aunque se sabe que el consumo elevado de alcohol es un riesgo para la hipertensión arterial sistémica, también se hace mención de los efectos benéficos sobre el riesgo cardiovascular, los cuales hasta el momento no son del todo claros.

Lo que si está bien especificado en diferentes estudios, es que, con la moderación del consumo de alcohol se favorece el control de la hipertensión

arterial sistémica, por lo cual se indica evitar o en su defecto disminuir el consumo de alcohol no excediendo los 30 ml de etanol al día (dos copas), en las mujeres o en personas delgadas este consumo debe ser menor (1 copa al día).¹⁴

A través de los resultados obtenidos en estudios sobre el tema se demuestra la relación entre el consumo de sal y el aumento de las cifras de presión arterial, se ha reportado de diversos grados de sensibilidad a la sal, en el que probablemente los que cuentan con mayor susceptibilidad presentan concentraciones más bajas de renina y aldosterona que los resistentes a la sal. También se ha comprobado que el aumento en la ingesta de sal produce un aumento en la masa y engrosamiento del ventrículo izquierdo, así como estrechamiento de las arterias de resistencia, por lo cual aumenta el riesgo cardiovascular. Con lo anterior queda demostrado la importancia en la reducción del consumo de sal para el buen control de la hipertensión arterial sistémica, es por eso que se recomienda un consumo sodio de 100 mmol, correspondiente a 6 g de sal al día (1 cucharada de café).¹⁵

Para un buen apego a esta medida las indicaciones que se deben de recomendar en los pacientes con hipertensión son: No añadir sal a los alimentos, elegir alimentos bajos en sal, evitar el consumo de alimentos con conservadores.¹⁵

En la práctica clínica con los estudios realizados se ha observado que tanto el médico como el paciente no le da la importancia a este tipo de acciones, ya que por un lado los médicos no insisten y dan seguimiento a la modificación del estilo

de vida para el control de la hipertensión arterial, además de que los pacientes no consideran a la modificación del estilo de vida como parte de su tratamiento.¹⁵

M.D. Gómez Castillo et al, en su estudio realizado en la población de España, en el que participaron 102 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, se valoró la modificación del estilo de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, ejercicio físico y alimentos ricos en sal), los resultados obtenidos fueron que el 6.9% cumplen con todas las medidas como parte de su tratamiento de la hipertensión arterial sistémica.¹⁵

Otra investigación es el publicado por Reinoso S., et al, en el que se estudió la prescripción de la modificación del estilo de vida por parte de los médicos de familia como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, en el cual se encontró que el 42% de los pacientes estudiados habían sido orientados sobre todas las modificaciones del estilo de vida.¹⁶

En un estudio publicado en Cuba por Sainz G. et al, se hace mención que hasta un 50% de pacientes hipertensos no realizan la modificación del estilo de vida como parte de su tratamiento para el control de la hipertensión arterial.¹⁷

En México el estudio Márquez-Celedonio FG et al, estudio experimental en el que participaron 38 pre hipertensos en el grupo experimental y 43 en el control en el cual los participantes del grupo experimental fueron sometidos a cambios del estilo de vida por 6 meses, el grupo control recibió manejo habitual en las clínicas de primer nivel de atención en México.¹⁶ Los resultados fueron que con

la intervención experimental se redujo la presión arterial del 10.6% la sistólica y el 12.9% la diastólica.¹⁸

MARCO CONCEPTUAL

Hipertensión Arterial Sistémica: Se refiere al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes > 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes > 130/80 y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr e insuficiencia renal 125/75mmHg.⁴

Manejo integral: Establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones.⁴

Caso en tratamiento: Conjunto de casos de hipertensión arterial atendidos en el Sistema Nacional de Salud con P.A. Controlada o sin control. ⁴

Adherencia terapéutica: Se refiere a la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad. ⁴

Tratamiento no farmacológico: Conjunto de acciones higiénico dietéticas que implican estilos de vida saludable para limitar la incidencia de riesgos y el desarrollo o evolución de la hipertensión arterial. ⁵

Estilo de vida: Conjunto de hábitos que influyen en la presencia de factores de riesgo para desarrollar la hipertensión arterial.⁵

Casos en control: Paciente hipertenso bajo tratamiento que presenta de manera regular cifras de presión arterial menor de 140/90 o con los parámetros que su condición lo requiere.⁵

Órgano blanco: Todo órgano que sufre algún grado de deterioro a consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se encuentra la hipertensión arterial, en el corto, mediano y largo plazo (cerebro, riñón y lecho vascular incluido el de los ojos).⁵

Moderación del consumo de alcohol: Limitar el consumo a no más de 2 copas (30ml de etanol), al día en varones y no más de 1 en mujeres.⁸

Actividad física: Hacer ejercicio físico aerobio regular como caminar rápido (al menos 30 minutos al día casi todos los días de la semana).⁸

Reducción de peso: Mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18.5 -24.9 Kg/m²).⁸

Reducción del consumo de sodio en la dieta: Reducir el consumo de sodio no más de 100mmol día (2.4g sodio o 6 de cloruro de sodio)⁸

Dieta mediterránea: Se define como el patrón de alimentación cuyas características principales son: a) alto consumo de grasas (incluso superior al 40% de la energía total), principalmente en forma de aceite de oliva; b) elevado consumo de cereales no refinados, fruta, verdura, legumbres y frutos secos; c) consumo moderado-alto de pescado; d) consumo moderado-bajo de carne blanca (aves y conejo) y productos lácteos, principalmente en forma de yogur o queso fresco; e) bajo consumo de carne roja y productos derivados de la carne, y f) consumo moderado de vino con las comidas¹³

Abandonó del hábito tabáquico: Para este estudio se tomara en cuenta como abandonó de hábito tabáquico si el paciente no a fumado durante el último mes.

Modificación del estilo de vida: Aplicaremos el término en este estudio a las acciones encaminadas a la modificación de hábitos que influyen para un buen control de hipertensión arterial.

Autoevaluación de la modificación del estilo de vida: Es la evaluación que de sí mismos los pacientes con hipertensión arterial sistémica refieren sobre sus acciones de la modificación del estilo de vida como parte de su tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que en documentos oficiales de la secretaria de salud en México se especifica la importancia de la modificación del estilo de vida como parte inicial y/o complementaria en el tratamiento integral de los pacientes con hipertensión arterial sistémica, existe poca bibliografía sobre la adherencia a la modificación del estilo de vida como parte del tratamiento de la HAS, además de que no existe evidencia clara sobre el impacto de las intervenciones médicas en este aspecto, por lo que es importante describir el problema de salud para generar hipótesis y en base a los resultados obtenidos dirigir o diseñar intervenciones de salud efectivas en nuestra población.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo autoevalúa la frecuencia de la modificación del estilo de vida el paciente con hipertensión arterial sistémica de la UMF 31?

JUSTIFICACIÓN

El aumento de casos de hipertensión arterial sistémica en nuestro país en los últimos años, ha convertido a ésta en un verdadero problema de salud pública. En la UMF 31 es uno de los principales motivos de consulta de medicina familiar, con más de 65 mil consultas anuales y 13,650 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, de estos actualmente no se tiene datos exactos de su control, además de que se desconoce el número de pacientes que utilizan la modificación del estilo de vida como parte de su tratamiento, ya que hasta el momento no se cuenta con ningún estudio de investigación en la unidad al respecto.

Es por ello que se decide realizar el presente estudio en el que se investigará la frecuencia de la modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial así como describir cuál es la modificación con menor y mayor adherencia por el paciente como parte de su tratamiento de hipertensión arterial sistémica, a través de la autoevaluación de paciente ya que no se cuenta con un instrumento en el que se pueda medir con certeza las modificaciones que realiza el paciente.

Con la información que nos proporcionó el paciente se pretende retroalimentar al médico familiar para aumentar el uso de la modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial con el objetivo de obtener un mejor control y prevenir sus complicaciones.

HIPOTESIS

Los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 31 autoevalúan que modifican su estilo de vida hasta en un 7%.

OBJETIVO GENERAL

- Describir a través de una autoevaluación del paciente con hipertensión arterial sistémica de la UMF 31 la frecuencia de la modificación del estilo de vida como parte de su tratamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- - Describir los cambios en estilo de vida que indica el médico familiar al paciente con hipertensión arterial sistémica.
 - Describir la modificación del estilo de vida que el paciente autoevalúa con mayor y menor adherencia.

METODOLOGIA DE ESTUDIO

UNIDAD DE ESTUDIO: Pacientes con hipertensión arterial sistémica de la UMF 31, del turno matutino adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31.

PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO: Unidad Médico Familiar No. 31 "Iztapalapa", a realizar en el periodo de marzo a junio del 2013.

DISEÑO DE ESTUDIO: Trasversal, descriptivo.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO: Pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica adscritos a la UMF 31.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: La población adscrita a la UMF 31 con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que acuda a control con médicos familiares.

DESCRIPCIÓN DE EL ESTUDIO Se trata de un estudio trasversal, descriptivo con el cual se investigará el apego a la modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial de la UMF 31 a través de un muestreo no probabilístico con la aplicación de un cuestionario que consta de 4 reactivos utilizado en estudio en España en el que se valora la prescripción y modificación del estilo de vida como parte de su tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica con más de 12 meses de diagnóstico.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con hipertensión arterial sistémica que presenten algún tipo de discapacidad física o mental.
- Pacientes que además de hipertensión arterial sistémica tengan el diagnóstico de otra enfermedad crónica degenerativa.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no respondan el cuestionario en forma correcta y/o completa.

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA.

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA.

Fórmula para población infinita:

$$n = \frac{z^2 \times P \times Q}{e^2}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra que se requiere.

P = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

Q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

e= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Prevalencia de 7%

Nivel de confianza 95%

Estimación: 0.05%

$$n: (1.96)^2 (0.07) (0.93) / (0.05)^2$$

$$n: 3.84 (0.21) / 0.0025$$

$$n: 0.249/0.0025$$

$$n: 99.$$

ESTRATEGIA DE MUESTREO:

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia en el que seleccionaron a los pacientes que reunían los criterios de inclusión, y que aceptaron participar los cuales se encontraban en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Hipertensión arterial	Elevación sostenida de la presión arterial,	> 140 mm de Hg (sistólica) o > 90 mm de Hg (diastólica)	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.- NO

VARIABLE INDEPENDIENTE.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Modificación del estilo de vida.	Acciones encaminadas a la modificación de hábitos que influyen para un buen control de hipertensión arterial		Cualitativa Nominal	1.-Si 2.-No
Reducción de peso	Pérdida de 1 kg del peso corporal total.	Perdida mayor a un kilogramo.	Cuantitativa Continua.	1.-SI 2.- NO
Dieta mediterránea	Consumo de dieta rica en frutas vegetales, poca carnes rojas, aceite de oliva, aves, frutos secos, aves, todos los días.	Consumo en más 5 días a la semana	Cualitativa Nominal	1.-Si 2.-No
Dieta baja en sodio	Reducir en consumo sodio, no más de 100mmol día (2.4 g sodio o cloruro de Na 6 gr)	Consumo menor de 6 g de sal al día (1 cucharada de café).	Cualitativa Nominal	1.- SI 2.-NO

Actividad física	Hacer ejercicio físico aerobio regular como caminar rápido (al menos 30 min al día casi todos los días de la semana)	30 min de ejercicio más de 5 veces a la semana	Cualitativa nominal	1.-SI 2.-NO
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres	Hombres: menor de dos copas (30ml) a día Mujeres: menor de 15 ml o una copa al día	Cualitativa nominal	1.-SI 2.-NO
Abandono del hábito tabáquico	Fumador individuo que fume a diario durante el último mes, al menos un cigarrillo(OMS)	¿Ah consumido un cigarro en el último mes?	Cualitativa nominal	1.-SI 2.- NO

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo de acuerdo a las recomendaciones de Helsinki año 2011, así como se consideraron las guías de la CIOMS, guías que norman el comportamiento ético de la investigación en base a la cual se determina que no se trabajara con población expuesta y vulnerable.

De igual manera se tomaran en cuenta el Reglamento de la Ley general de salud de México en materia de investigación para la salud.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Estableciendo que se está trabajando con población con riesgo mínimo.

Se solicitó al paciente el consentimiento informado firmado para ser incluido en el estudio.

Se mantuvo la confidencialidad y el anonimato de quienes participaron en dicho estudio

Información y Consentimiento.

A todos los pacientes se les invitó e informó sobre el estudio y aquellos que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado.

RECURSOS MATERIALES

El proyecto fue financiado por el investigador.

- 1) Computadora.
- 2) Memorias USB.
- 3) Impresora.
- 4) Hojas.
- 5) Plumas.
- 6) Lápices.
- 7) Calculadora.
- 8) Software S PPS para cálculo de análisis estadístico

RESULTADOS

		PROPORCIÓN
SEXO	Femenino	51%
	Masculino	49%
EDAD	Media	63 años

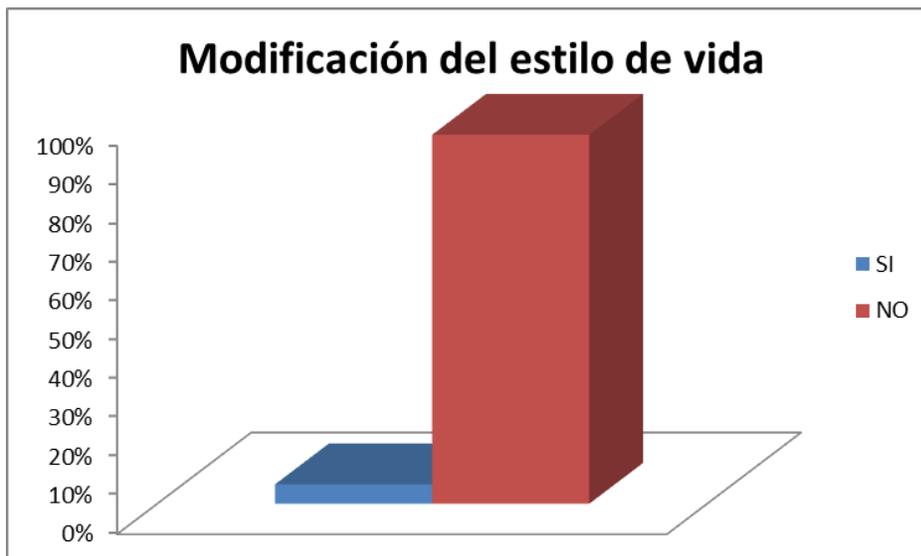
Cuadro 1. Características generales de la población.

Con la información obtenida encontramos que el paciente de la UMF 31, no toma como parte del tratamiento las indicaciones de la modificación del estilo de vida, o al menos no la capta como tal ya que los resultados nos señalan que el 49.3% de los pacientes reconoce que se les ha orientado sobre todas las medidas, dentro de estas encontramos que la que más indica el médico familiar es la realización de actividad física. Cuadro 2.

PRESCRIPCIÓN MEDICA AL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA.	PROPORCIÓN
Actividad física	72%
Reducción de peso	68%
Disminución del consumo de sal	65%
Dieta mediterránea	51%
Abandono del hábito tabáquico	23%
Disminución del consumo de alcohol	17%

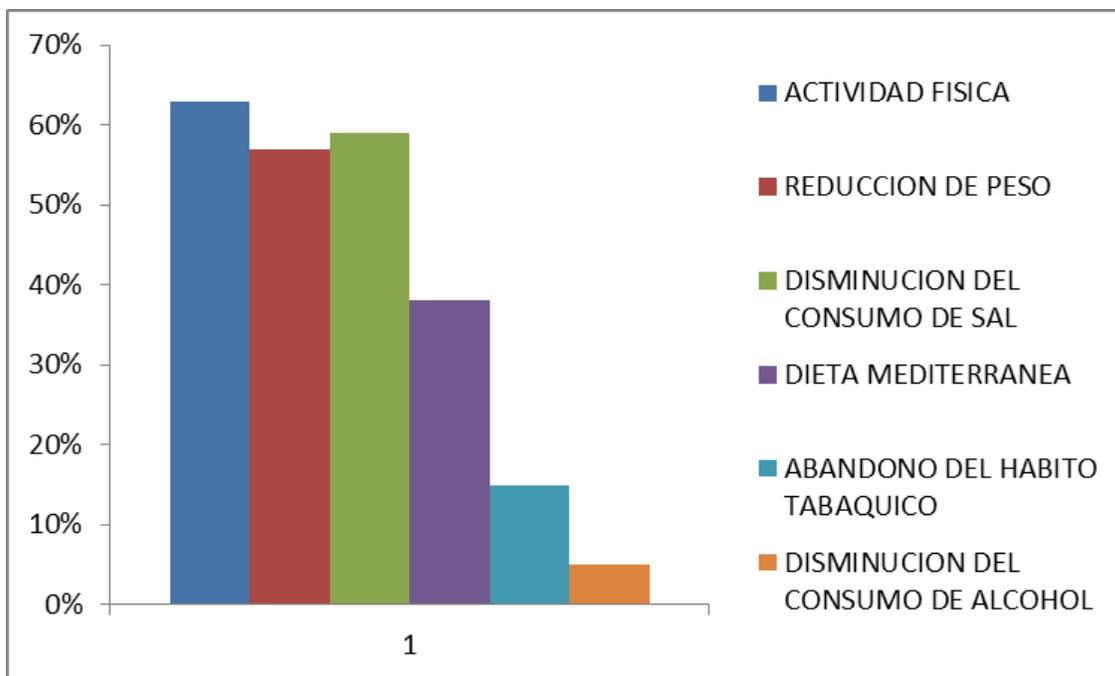
Cuadro 2 Prescripción de la modificación del estilo de vida por parte del médico familiar en la UMF 31.

Sobre la modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial de la UMF 31 encontramos que los pacientes en su autoevaluación manifiesta que no cumplen con estas medidas como parte del tratamiento ya que de los 100 participantes el 5% acepto haber modificado el estilo de vida en su totalidad, y el 95% solo en algunos aspectos.



Gráfica 1. Frecuencia de Modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial.

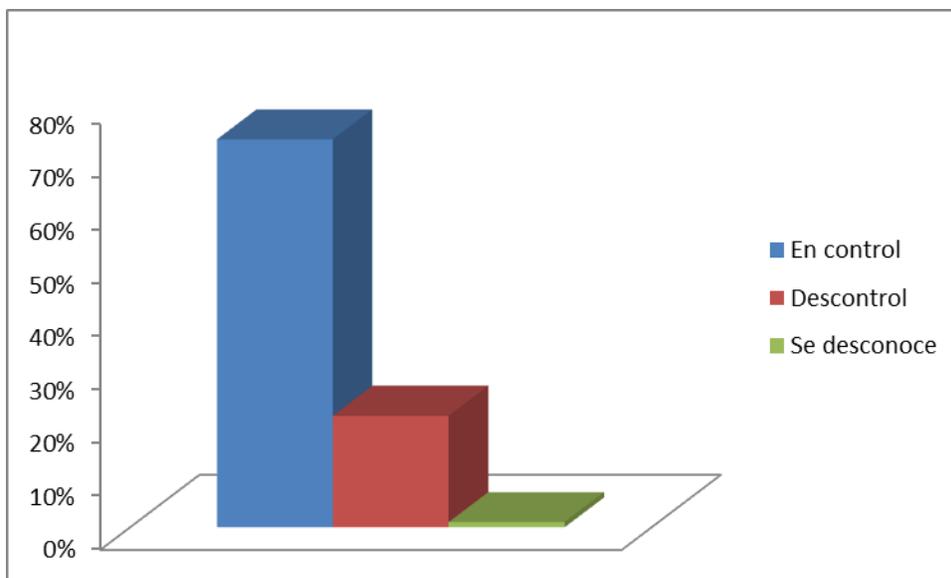
La actividad física es la medida que el paciente hipertenso refiere con una mayor adherencia, probablemente porque es la medida que el médico familiar indica más en este tipo de pacientes



Gráfica 2. Porcentaje de la modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial de la UMF 31.

Para conocer el control de la hipertensión arterial se tomó como referencia la TA de la última consulta encontrando que el 80% de los pacientes se autoevalúan con un buen control, el 19% con descontrol y el 1% desconocen sus cifras de presión arterial.

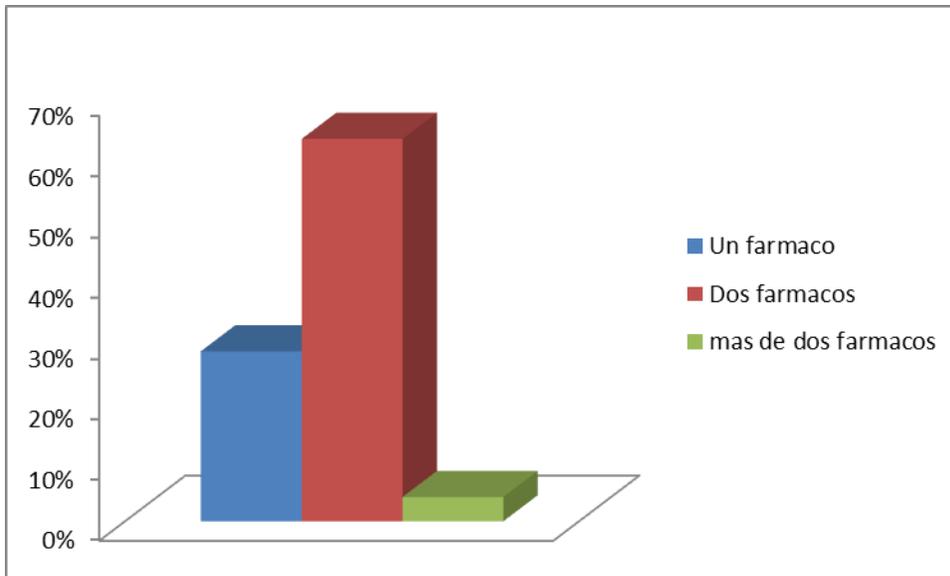
De los pacientes que si modificaron su estilo de vida encontramos que en su totalidad se encuentran con un buen control a diferencia de los que han modificado su estilo de vida reportando que el 21% se encuentra con descontrol.



Gráfica 3. Control de hipertensión arterial en el paciente que no modifica su estilo de vida.

Con respecto al tratamiento farmacológico los pacientes refieren que su tratamiento se basa principalmente en dos fármacos con el 64%, seguido de la monoterapia con el 32% el 4% más de tres.

De los pacientes que si modificaron su estilo de vida el 80% se encuentra en control con un fármaco, a diferencia de quienes no han logrado modificar su estilo de vida quienes en su mayoría el tratamiento se basa en dos fármacos con el 60%.



Gráfica 4. Tratamiento farmacológico en el paciente que no modifico su estilo de vida.

DISCUSIÓN

Aunque existen diversos estudios sobre la modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial en México se cuenta con muy poca información sobre este tipo de acciones, nuestros resultados los podemos comparar con estos estudios los cuales son muy semejantes aunque estos pertenezcan a una población diferente a la de nuestro país, dentro de estas similitudes se observó que la modificación del estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial sistémica de la UMF 31 no modifican su estilo de vida ya que los pacientes participantes manifestaron que el 5% tiene una buena adherencia algo parecido a lo que reporta M.D. Gómez Castillo et al en España en el que la modificación del estilo de vida en el paciente hipertenso fue del 6.9%, en ese mismo estudio sobre el abandono del hábito tabaquico, se encontró que el 19.4% de los pacientes no abandonaron el hábito tabaquico, equiparable en esta

investigación en la cual el 17% del 23% de los pacientes que aceptó fumar, no a logrado abandonar el hábito tabaquico, en la actividad física encontramos que el 60% de los pacientes en este estudio realizan actividad física, para el paciente de laUMF 31 es algo mayor con el 63%, del tratamiento farmacológico el 36.3% su tratamiento farmacológico se basa en un solo fármaco en este estudio fue del 32%.

Sobre la prescripción médica de este tipo de medidas en el estudio de tratamiento no farmacológico Saenz et al, se concluyó que la prescripción de este tipo de medidas fue del 42%, algo parecido a lo que sucede en la UMF 31 en el que el paciente manifiesta que se le ha orientado en el 49.3% sobre la modificación del estilo de vida.

Con estos resultados nos podemos dar una idea del panorama de la prescripción por parte del personal de salud y el cumplimiento de estas por el paciente con hipertensión arterial.

CONCLUSIÓN

De los 100 pacientes en estudio encontramos que en su mayoría fueron del sexo femenino con el 51% además de que la media de edad fue de 63 años, de estos el 5% se autoevaluó que si modificaron su estilo de vida .

Con estos resultados deducimos que el paciente con hipertensión arterial sistémica de la UMF 31 manifiesta falta de información de la modificación de estilo de vida o al menos no reconoce como indicación médica a este tipo de

medidas, además se manifestó que su falta de adherencia se debe a diversas circunstancias como la falta de tiempo, esto a través de una pregunta abierta realizada durante la aplicación de encuesta.

Con estos datos observamos que es fundamental que el equipo de salud de la UMF 31 realice un el seguimiento a este tipo de medidas las cuales además de favorecer el control de hipertensión arterial, disminuyen el riesgo cardiovascular y con ello las complicaciones agudas y crónicas que son la principal causa de mortalidad en estos pacientes.

	<p>INSTRUMENTO. Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características: 1. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 31 IMSS 2. Acepte participar en el estudio después de firmar el consentimiento informado. 3. Paciente con al menos 12 meses con diagnóstico de hipertensión arterial.</p>	
<p>1</p>	<p>Edad: _____</p>	<p>Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()</p>
<p>2</p>	<p>¿Qué medidas no farmacológicas le prescribió su médico para su HTA?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reducir el peso <input type="radio"/> Reducir el consumo de sal <input type="radio"/> Dieta equilibrada (tipo mediterránea) <input type="radio"/> Moderar el consumo de alcohol <input type="radio"/> Realizar actividad física <input type="radio"/> Abandono del tabaco 	
<p>3</p>	<p>¿Qué medidas no farmacológicas realiza usted para tratar su HTA?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reducir el peso <input type="radio"/> Moderar el consumo de alcohol <input type="radio"/> Realizar actividad física <input type="radio"/> Reducir el consumo de sal <input type="radio"/> Dieta equilibrada (mediterránea) <input type="radio"/> Abandono del tabaco 	
<p>4</p>	<p>Medicación antihipertensiva actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Monoterapia <input type="radio"/> Biterapia (dos fármacos) <input type="radio"/> Triterapia (tres fármacos) 	
<p>5</p>	<p>¿Buen control de T.A.? (última medición \leq 140/90)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No mide 	



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

" AUTOEVALUACION DE LA MODIFICACION DEL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA UMF 31"

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Iztapalapa México Distrito Federal

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Conocer a través de una autoevaluación el apego de la modificación del estilo de vida por parte del paciente con hipertensión arterial de la UMF 31

Procedimientos:

Aplicación de un cuestionario

Posibles riesgos y molestias:

No existe ningún riesgo ya que solo contestare un cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

La información será es exclusiva por el equipo que realiza el protocolo de investigación

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Moreno Rosas Medardo José

CEL:5524177806

Colaboradores:

Dra. Leticia Ramírez Bautista.

teléfono 56 86 02 33 ext. 21481

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

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

Clave: 2810-009-013

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Secretaria de Salud, Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión arterial. Primera Edición 2001, ISBN 970-721-002-8.
- 2.- De la Figueroa M, De la Sierra A, Ruilope L, Coca A. Prescripción de las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la hipertensión arterial en Atención Primaria. Hipertensión, vol. 17, núm. 4, 2000.
- 3.-Cordero A, Bertomeu V, Mazón P, Fácila L, Bertomeu V, Cosin J, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. Rev. Esp. Cardiol. 2011; 64(7) 587-593.
- 4.-.-Norma Oficial Mexicana -030-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- 5.- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
- 6.- Barrón A, Torreblanca F, Sánchez L, Martínez M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud pública de México/ vol. 40, n.6.
- 7.-Celso M, Guías del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez “para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Archivos de cardiología de México Vol. 76 Supl. 2/Abril-Junio 2006:S2, 279-284.
8. - The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
- 9.- Coll G. Las modificaciones del estilo de vida en los pacientes hipertensos. Hipertensión (Madr.). 2007; 24(2):45-7.
- 10.- Sosa J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An Fac med. 2010; 71(4):241-4.
- 11.-Ferreira I, Ferreira A, Del Rio A, Casanovas J. La alimentación y la actividad física en la hipertensión arterial. Rev. Lat. Cardiol 2002; 23 (5): 144-55.
- 12.- Torres M, Téllez E. La dieta mediterránea. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2004;12 (3): 120-121
- 13.- Aros F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2013.

14.- Djoussé L, Mukamal K. Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión: ¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo? Rev Esp Cardiol. 2009;62(6):603-5.

15.- Fernández P, Calero F. Aplicación práctica de la evaluación de la sensibilidad a la sal. Hipertens riesgo vasc. 2009; 26(1):37-40.

16.- Gómez M, Barba M, Mondejar M, Gómez P, Leal M, Abellán J. Estudio transversal sobre el seguimiento de las medidas no farmacológicas y control de la presión arterial. Semergen 2011;37(8):398-404

17.- Santiago H, Gabriel J, Díaz G. Las medidas no farmacológicas en el manejo de la hipertensión arterial. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 2, núm. 7, 2009, pp. 344-347, Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria España.

18.- Sainz B, Vásquez A, De la Noval R, Dueñas A, Quirós J, Debs G. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial estudio 200 casos. REV Cubana Med. 2002; 41(3):152-6.

19.- Marquez F, Téxon O, Chavez A, Hernandez S, Marin S, Berlin S. Eficacia clínica de la modificación del estilo de vida en el riesgo cardiovascular en prehipertensos: estudio PREHIPER I. Rev Esp Cardiol. 2009;62(1):86-90