UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y COGNOSCITIVAS PRESENTES EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA CLÍNICA DEL ISSSTE COMITÁN.

TESIS

Licenciatura en medicina humana

Presentador:

Fátima del Rocío Salazar Gómez

Karen Paulina López Gómez

Keyla Samayoa Pérez

Asesor:

Lic. Oscar Alejandro Gómez Ornelas.

Comitán de Dominguez, Chiapas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y COGNOSCITIVAS PRESENTES EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA CLÍNICA DEL ISSSTE COMITÁN.

Índice

1. Introducción 04
2. Planteamiento del Problema 05
3. Objetivos 11
4. Justificación 12
5. Pregunta de Investigación 14
6. Hipótesis 15
7. Marco Teórico 16
- **7.1** Definición
- **7.2** Antecedentes
- **7.3** Clasificación
- **7.4** Recomendaciones terapéuticas
- **7.5** Características sociodemográficas y cognoscitivas en pacientes con HTA
- **7.6** Edad
- **7.7** Sexo
- **7.8** Nivel educativo
- **7.9** Nivel socioeconómico.

8. Hipertensión arterial en adultos
- **8.1** Definición 16
- **8.2** Antecedentes 16
- **8.3** Clasificación 17
- **8.4** Recomendaciones Terapéuticas 18

9. Características sociodemográficas y cognoscitivas en pacientes con HTA
- **9.1** Edad 19
- **9.2** Sexo 20
- **9.3** Nivel Educativo 20
- **9.4** Nivel Socioeconómico 21
- **9.5** Control y conocimiento de la enfermedad 21
- **9.6** Adherencia al tratamiento 23

10. Diseño
- **10.1** Tipo de Investigación 25
- **10.2** Enfoque de la Investigación 25
- **10.3** Diseño de la Investigación 25
- **10.4** Población y Muestra 25
- **10.5** Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 25
- **10.6** Procedimiento 25

11. Soluciones 26

12. Conclusión 29

13. Anexos 30

14. Referencias Bibliográficas 37

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una condición médica crónica en la cual la presión sanguínea en arterias es elevada. Resulta de una compleja interacción entre aspectos genéticos y factores relacionados con la conducta humana y su contexto, por lo que sus causas aún no han sido del todo entendidas.

La HTA es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable que, junto al tabaquismo y el hipercolesterolemia, contribuye a la mortalidad mundial.
Esta enfermedad ha ido en aumento a la par y como consecuencia del desarrollo económico mundial, la concentración de la población en las grandes ciudades, el envejecimiento y la globalización económica y de estilos de vida perjudiciales para la salud.

Actualmente, en las diferentes instituciones sanitarias, se ha identificado un incremento de la consulta por hipertensión arterial.

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.
La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (Espinosa 2019).

La Sociedad Europea de Cardiología menciona que el padecimiento de esta enfermedad crónica no transmisible es más frecuente en edades avanzadas, y alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años. Es así que a medida que las poblaciones envejezcan, adopten un estilo de vida más sedentario y aumenten el

peso corporal, la prevalencia de la HTA seguirá aumentando en todo el mundo. (Can 2020).

La presente investigación sobre las características cognoscitivas y sociodemográficas que se encuentran presentes en las personas adultas que adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial, busca aportar información actualizada sobre la población de pacientes adherentes a dicha patología, siendo esta la menos estudiada que su contraparte, el paciente no adherente ha sido observado desde diversos enfoques para comprender la causa y dilucidar una solución, en cuanto al adherente solo se conocen escasas investigaciones y en su mayor parte corresponden a estudios que no comprenden la región, sino a nivel del continente Americano, en su mayoría centro América, y el continente Europeo, siendo datos que no son fiables y aplicables al cien por ciento a nuestra sociedad, debido a sus ideologías, culturas, dietas y estilos devidadiferente

Planteamiento del Problema

Actualmente, en las diferentes instituciones sanitarias, se ha identificado un incremento de la consulta por hipertensión arterial. En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (Espinosa 2019).

Se observó en una institución con orientación en cardiología el aumento de la demanda de pacientes consultando por sentir malestar general, evidenciando valores de tensión arterial elevada por encima de los 140/90mmHg. Asimismo, se detectaron dos grupos marcados: aquellos que acudían consecutivamente a la consulta, evidenciando falta de acatamiento en el tratamiento farmacológico o no farmacológico o ambos; por otro lado, un segundo grupo, que, siguiendo un régimen terapéutico, logró una reducción de los valores de tensión arterial y una disminución de propensión a padecer otra enfermedades cardiovasculares, mejorando su estilo de vida. Según estudios, la adherencia o no a un tratamiento depende de diversos factores internos y externos de una persona, lo que incluye características sociodemográficas como la edad sexo, situación laboral, estado civil, además del conocimiento sobre su enfermedad. (Hernández, 2017).

Esta enfermedad ha ido aumentando a la par y como consecuencia del desarrollo económico mundial, la concentración de la población en las grandes ciudades, el envejecimiento y la globalización económica y de estilos de vida perjudiciales para la salud. Su prevalencia es de entre un 45% a un 30% dependiendo del desarrollo económico de cada país, siendo en general mayor en los países con menores ingresos. Causa 9,4 millones de muertes en el mundo y conlleva una importante carga de

morbilidad o AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) del 7%. Esto quiere decir que el 7% de los años de vida sana que millones de personas han perdido en el mundo se atribuyen a la hipertensión. (Hernández, 2017)

La Sociedad Europea de Cardiología asegura que el padecimiento de esta enfermedad crónica no transmisible es más frecuente en edades avanzadas, y alcanza
una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años. Es así que a medida que las poblaciones envejezcan, adopten un estilo de vida más sedentario y aumenten el peso corporal, la prevalencia de la HTA seguirá aumentando en todo el mundo. Estiman que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025 y llegará a 1.500 millones. (Can, 202

La HTA es una condición médica crónica en la cual la presión sanguínea en arterias es elevada. Resulta de una compleja interacción entre aspectos genéticos y factores relacionados con la conducta humana y su contexto, por lo que sus causas aún no han sido del todo entendidas. Se encuentra catalogada en la CIE10 (Codificación Internacional de enfermedades, Revisión 10) entre los códigos I10 y I15 según el grado y la afectación de otros órganos. Se relaciona con un 13% del total de las muertes a nivel global, constituyendo para algunas regiones como América Latina el principal factor de riesgo de mortalidad, aunque la edad elevada de los eventos genera que la carga de enfermedad sea sólo de 4,4% del total. (Fonner, 2018)

En diferentes bibliografías se define la hipertensión arterial como una PAS ≥ 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg o ambas en dos o más consultas, ya que la repetición de las mediciones es la estrategia tradicional utilizada para confirmar la elevación persistente de la presión arterial.

Actualmente, se proponen dos estrategias ampliamente establecidas para reducir la presión arterial: las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico, que debe iniciarse en todo paciente con valores de hipertensión arterial nivel 1 o superior (≥ 140 y/o 90 mmHg).

El objetivo fundamental es disminuir la morbimortalidad cardiovascular, cerebral y renal a través del descenso de la presión arterial. Se recomienda comenzar el tratamiento de la hipertensión arterial nivel 1 con bajo riesgo cardiovascular con cambios en el estilo de vida antes de iniciar tratamiento farmacológico. La duración de las medidas no farmacológicas, como único tratamiento antihipertensivo, está condicionada al nivel de HTA, el riesgo cardiovascular global, la respuesta de la presión arterial y la adherencia al tratamiento. Por otra parte, el tratamiento no farmacológico se agrupa de la siguiente manera:

- Relacionados a la alimentación: Disminución de la ingesta de sodio, esperándose una reducción de 2 a 8 mmHg de la presión arterial, aumento del consumo de alimentos ricos en potasio, esperándose un descenso de 5mmHg de la presión arterial, cambios en patrones alimenticios, esperándose una reducción total de 14mmHg de la presión arterial.
- Relacionados con la actividad física: ejercicios aeróbicos, esperándose una disminución de 5 a 8mmHg de presión arterial, ejercicios de sobrecarga e isométricos esperándose una reducción de 4-5mmHg de la presiónarterial.
- Relacionados con la alimentación y la actividad física: descenso de peso y un mantenimiento de peso corporal adecuado, esperándose una reducción de 5mmHg de la presión arterial (Consejo HTA, 2017)

La OMS, detalla en un artículo que la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%, suponiendo que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. En los países desarrollados, como los EstadosUnidos, solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito.

La adherencia es un determinante primario de la efectividad del tratamiento, porque si es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar y observar un comportamiento sexual seguro, y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos.
También afecta la prevención secundaria y las intervenciones de tratamientos de enfermedades. Además de su repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, las tasas de adherencia terapéutica altas brindan beneficios económicos.

Los ejemplos de estos mecanismos incluyen ahorros directos generados por el menor uso de los servicios de salud complejos y costosos necesarios en los casos de exacerbación de la enfermedad, la crisis y la recaída. Los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejoría de, o la preservación de, la calidad de vida y de las funciones sociales y vocacionales de los pacientes.
Es por ello que aseguran que cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se han observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas

cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades. Además, tales programas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias. (López 2022)

La adherencia al tratamiento es un fenómeno múltiple y complejo. Múltiple porque influye una gran variedad de conductas por parte del paciente, como la toma correcta de la medicación, acudir a las visitas programadas en las consultas médicas y de enfermería, evitar las conductas de riesgo, etc., y es complejo porque se puede dar en un momento determinado, pero no en otro, en unas circunstancias, pero en otras no y puede afectar a una parte del tratamiento, pero no a otra. (Mancia 2013)

Según la OMS la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”.

Las características sociodemográficas y cognitivas de los pacientes con hipertensión arterial en el continente americano varían según el contexto cultural, social y económico. Sin embargo, algunos patrones comunes pueden destacarse:

- Edad: La HTA es más frecuente en adultos mayores, ya que el riesgo aumenta con la edad. En América Latina, se observa un aumento significativo en personas mayores de 50 años.
- Sexo: La prevalencia de HTA puede ser ligeramente mayor en hombres que en mujeres en edades más tempranas, pero la diferencia se reduce o invierte en la postmenopausia en mujeres.
- Nivel Socioeconómico: Las personas con un nivel socioeconómico bajo suelen tener una mayor prevalencia de HTA debido a factores relacionados con el estilo de vida (como la dieta, el acceso a servicios de salud y la educación) y el estrés.
- Raza y Etnicidad: La hipertensión es más común en afroamericanos y personas de ascendencia afrodescendiente, lo que puede deberse a una combinación de factores genéticos y ambientales. En América Latina, también es frecuente en personas de ascendencia indígena y mestiza.
- Zona de Residencia: Las personas que viven en zonas urbanas tienden a tener una mayor prevalencia de HTA debido a factores como el sedentarismo, el estrés y una dieta poco saludable. Sin embargo, en algunas áreas rurales, la falta de acceso a servicios de salud también puede contribuir a un diagnóstico tardío.

Mientras que en las caracteristicas cognoscitivas podemos encontrar:

- Deterioro Cognitivo: Existe una asociación entre la HTA y el deterioro cognitivo, especialmente en personas mayores. La presión arterial alta crónica puede dañar los vasos sanguíneos del cerebro, lo que

aumenta el riesgo de demencia y otros trastornos cognitivos.

- Función Ejecutiva y Memoria: La hipertensión puede afectar la función ejecutiva (capacidad de planificar y realizar tareas complejas) y la memoria. Las personas con HTA no controlada suelen presentar un rendimiento más bajo en pruebas cognitivas. (Ardila 2022)
- Acceso a Información y Conciencia del Diagnóstico: El conocimiento sobre la HTA y la adherencia al tratamiento pueden estar influenciados por el nivel educativo. Las personas con menor educación a menudo tienen menos conciencia sobre la enfermedad y sus riesgos, lo que puede afectar negativamente la gestión de su condición.

Dentro de los Factores de Riesgo y Comorbilidades podemos encontrar:

- Obesidad: La obesidad, especialmente la obesidad abdominal, es un factor de riesgo importante y común en pacientes hipertensos.
- Diabetes Mellitus: La coexistencia de diabetes es frecuente y aumenta las complicaciones cardiovasculares. Sedentarismo y Consumo de Alcohol y Tabaco: El estilo de vida sedentario y el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco contribuyen al desarrollo y la exacerbación de la HTA. (Ardila 2022)

Según el "Informe sobre la Salud en México 2020" publicado por la Secretaría de Salud, la prevalencia de HTA en adultos en Chiapas se encuentra cerca del 24-26%. Esto es ligeramente inferior a la media nacional, que ronda el 31.5%.

- Edad y Sexo: La prevalencia de la HTA en Chiapas aumenta con la edad, siendo más común en personas mayores de 50 años. En adultos jóvenes (20-39 años), la prevalencia es menor (5-8%), pero se eleva significativamente en mayores de 60 años (más del 40%).
- Nivel Socioeconómico: Chiapas, al ser uno de los estados con mayor pobreza en México, muestra una alta prevalencia de HTA en comunidades rurales, donde los factores de riesgo como la mala alimentación y el bajo acceso a servicios de salud influyen significativamente.

Dentro de las características cognoscitivas se encuentran:

- Asociación con Deterioro Cognitivo: Un estudio publicado en Salud Mental (2019) muestra que la hipertensión no controlada en personas mayores en comunidades rurales de Chiapas se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo. En pacientes mayores de 60 años, un 18% de los hipertensos mostraron signos de deterioro leve.
- Función Cognitiva y Nivel Educativo: El nivel educativo bajo se asocia con peores resultados en pruebas cognitivas en pacientes con HTA. Un estudio en Archivos de Neurociencias (2021) indica que los pacientes con educación primaria incompleta tienen un mayor riesgo

de deterioro cognitivo asociado a HTA. (Salud, 2020)

En nuestra localidad de Comitán de Domínguez, Chiapas, la presión arterial elevada es uno de los principales motivos de consulta al sistema de salud y de prescripción de tratamiento farmacológico.

Se trata de una enfermedad asintomática, donde el diagnóstico se basa en la detección de la presión arterial en valores superiores a los considerados como normales, en al menos tres consultas separadas por no menos de una semana, excluyendo la visita inicial de consulta.

La información específica sobre las características sociodemográficas y cognitivas de pacientes con hipertensión arterial (HTA) en Comitán de Domínguez, Chiapas, es limitada en la literatura científica, ya que la mayoría de los estudios se enfocan en datos nacionales o estatales. Sin embargo, se pueden encontrar algunos datos en estudios locales y reportes de instituciones de salud:

Características sociodemográficas:

- Prevalencia de HTA: Según un estudio realizado en centros de salud de Comitán, la prevalencia de hipertensión en adultos mayores de 20 años se encontró alrededor del 26-28%. Este dato es consistente con las cifras estatales para Chiapas.
- Edad: La hipertensión es más común en personas mayores de 50 años en Comitán. Un estudio encontró que más del 40% de los adultos mayores de 60 años tenían HTA, reflejando un patrón de aumento de la prevalencia con la edad.
- Sexo: En Comitán, se observa una ligera predominancia de HTA en mujeres en comparación con hombres, especialmente en el grupo de mayores de 60 años. En un análisis local, un 55% de los hipertensos eran mujeres.
- Nivel Socioeconómico y Educativo: La mayoría de los pacientes con HTA pertenecen a niveles socioeconómicos bajos y con niveles educativos limitados, como primaria incompleta o básica. Esto puede

influir en el acceso a los servicios de salud y el control de la enfermedad.

Características cognóscitivas:

- Deterioro Cognitivo: Un estudio local publicado en 2018 encontró que aproximadamente el 20% de los pacientes mayores con HTA mostraban signos de deterioro cognitivo leve o moderado. La hipertensión mal controlada fue un factor común en estos casos.
- Nivel Educativo y Función Cognitiva: La baja escolaridad se asoció con un mayor riesgo de deterioro cognitivo en pacientes con HTA. Aquellos con educación primaria incompleta presentaron un mayor deterioro en pruebas de memoria y función ejecutiva. (Góme

Objetivos

General

Describir las características sociodemográficas y cognoscitivas de los pacientes con hipertensión arterial que acuden a la clínica ISSSTE de Comitán en el periodo mayo-junio 2025.

Específicos

- Identificar edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad y situación laboral de los pacientes con HAS de la clínica del ISSSTE en Comitán.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad del paciente que cursa con Hipertensión arterial sistémica (HAS) y se apega a su tratamiento.
- Elaborar una herramienta que proporcione información a la población sobre Hipertensión arterial.

Justificación

La Hipertensión Arterial es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y la expectativa de vida". Actualmente, se proponen dos estrategias ampliamente establecidas para reducir la presión arterial: las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico, que debe iniciarse en todo paciente con valores de hipertensión arterial nivel 1 o superior (≥ 140 y/o 90 mmHg). El objetivo fundamental es disminuir la morbimortalidad cardiovascular, cerebral y renal a través del descenso de la presión arterial.

La OMS, detalla en un artículo que la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%, suponiendo que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.
Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. En los países desarrollados, como los Estados Unidos, solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito.

Por lo tanto, se pretende realizar una investigación estadística de fácil interpretación, en donde se investigue sobre el área escasamente estudiada como lo son las características sociodemográficas y cognoscitivas, las cuales permiten formular una idea del perfil en este tipo de pacientes. (OMS, 2020)

Según la OMS, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados "dimensiones". La primera dimensión

propuesta son los factores socioeconómicos, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

En cuanto a la finalidad, se pretende aportar información científica actualizada sobre las características presentes en la población, que cumple con los criterios del trabajo de investigación, se busca aportar con datos estadísticos de la región de Comitán de Dominguez, especificamente de los pacientes de la Clinica Hospital ISSSTE.

Los resultados obtenidos, pretenden ser de utilidad tanto para la comunidad científica como para la sociedad, desde el punto de vista económico, ante las inversiones al sistema de salud, ya que un bajo nivel de adherencia supone un aumento de las hospitalizaciones, visitas a urgencias, necesidad de utilización de otros fármacos y pruebas complementarias, por lo cual tener en conocimiento las características de los pacientes que son adherentes aportan bases para distinguir donde hacer hincapié o donde se requiere reforzar la instrucción del paciente, para favorecer su adherencia y compromiso con el tratamiento indicado. Siendo los principales beneficiarios los individuos que asisten al sistema de salud de todos los niveles, por obtener de este un nivel óptimo de atención, comprensión de sus necesidades de conocimiento y una mayor inversión económica y de tiempo en lo referente a la prevención de la salud disminuyendo futuros costos de los que se producen por las complicaciones y requerimientos de internación.

Hipótesis

La hipótesis es una afirmación tentativa que predice el resultado. Se pondrá a prueba mediante el estudio para
determinar si es verdadera o falsa.

Tipos de hipótesis:
* Hipótesis nula: Indica que no hay una relación entre las variables, o que la relación es
puramente por azar.

* Hipótesis alternativa: Sugiere que sí existe una relación entre las variables.

Por lo anterior en este trabajo de investigación se trabajará con una hipótesis __ para poder llegar al resultado deseado.

El estilo de vida es el principal factor que influye en los pacientes para desarrollar
Hipertensión Arterial
.

7. Marco Teórico Hipertensión Arterial en Adultos

7.1 Definición

La hipertensión arterial se define como la elevación sostenida de las tensiones sistólicas, diastólicas o ambas a través del tiempo.

7.2 Antecedentes

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable que, junto al tabaquismo y el hipercolesterolemia, contribuye a la mortalidad mundial.
Esta enfermedad ha ido aumentando a la par y como consecuencia del desarrollo económico mundial, la concentración de la población en las grandes ciudades, el envejecimiento y la globalización económica y de estilos de vida perjudiciales para la salud. Su prevalencia es de entre un 45% a un 30% dependiendo del desarrollo económico de cada país, siendo en general mayor en los países con menores ingresos. Causa 9,4 millones de muertes en el mundo y conlleva una importante carga de morbilidad o AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) del 7%. Esto quiere decir que el 7% de los años de vida sana que millones de personas han perdido en el mundo se atribuyen a la hipertensión.

Recientemente, una revisión sistemática calculó que para el 2010 existían 1,39 billones de personas con HTA a nivel mundial, lo que significó un aumento del 5,2% de la prevalencia de esta enfermedad en una década desde el 2000 al 2010. Este aumento de la prevalencia no ha sido proporcional, reportándose una disparidad entre la prevalencia de la enfermedad entre países de altos ingresos y los de medianos a bajos ingresos. Pero quizá, lo más relevante, fue la disparidad entre el nivel de conocimiento, tratamiento y control de la HTA entre estos países, con un empeoramiento en el control de la HTA en los países de bajos ingresos en ese periodo. (Hernández 2017)

7.3 Clasificación

Podemos clasificar a la hipertensión arterial de acuerdo con su origen en, hipertensión arterial sistémica esencial y secundaria. La primera no tiene una causa establecida, mientras que la causa de la segunda puede ser identificada por la aparición de una patología que pueda reducir el aumento de la tensión arterial, teniendo origen renal, endocrino, neurogénico, entre otros. (Paul, 2018)

Según la guía de prevención, detección, evaluación y manejo de la presión arterial alta en adultos, publicada por la Asociación Americana del Corazón en 2017, las cifras de la tensión arterial superior a 130 mmHg para la presión sistólica y superiores a 80 mmHg
para la presión diastólica se consideran como hipertensión arterial. (Fernández 2007)

Esta guía clasifica a las cifras de tensión arterial en las siguientes categorias. (Fernández, 2007)

Categoría	Tensión arterial sistólica		Tensión arterial diastólica
Normal	< 120 mmHg	y	< 80 mmHg
Elevado	120 a 129 mmHg	y	< 80 mmHg
	Hipertensión		
Etapa 1	130 a 139 mm Hg	o	80 a 89 mmHg
Etapa 2	≥ 140 mmHg	o	≥ 90 mmHg

Basados en esta clasificación la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Cardiología (ACC) establce una serie de recomendaciones que deben emplearse en cada una de las categorías para lograr un adecuado control de las cifras de tensión arterial.

7.4 Recomendaciones terapeúticas

Cuando se detecte una tensión arterial normal, se debe promover los estilos de vida saludables y realizar detecciones anuales. (Fernández, 2007)

Al encontrarse cifras de tensi´on arterial elevadas, se debe comenzar con terapias no farmacológicas y se debe reevaluar dentro de 3 a 6 meses, al hallar a un paciente con hipertensión en estadio 1, se debe calcular su riesgo cardiovascular a 10 años, si este es mayor al 10% se debe comenzar la terapia no farmacológica y farmacológica y reevaluar en 1 mes hasta alcanzar la meta, si el riesgo es menor a 10% se inician ambas

terapias y la posterior evaluación puede realizarse entre los 3 y 6 meses. (Fernández, 2007)

Cuando se aborda a un paciente en estadio 2 de la enfermedad, se debe comenzar con la terapia no farmacológica y farmacológica. Posteriormente se debe reevaluar en 1 mes, si el paciente se encuentra en metas de tensión arterial adecuadas, se puede reevaluar de 3 a 6 meses, si no lo está se sugiere reevaluar la adherencia al tratamiento e intensificar la terapia farmacológica. Las metas de tensión arterial establecidas por esta misma guía son para las cifras sistólicas menores a 130 mmHg y menores a 80 mmHg para la diastólica. (Fernández, 2007)

Por otra parte, el tratamiento no farmacológico se agrupa de la siguiente manera:

A) *Relacionados a la alimentación:*

Disminución de la ingesta de sodio, esperándose una reducción de 2 a 8 mmHg de la presión arterial, aumento del consumo de alimentos ricos en potasio, esperándose un descenso de 5mmHg de la presión arterial, cambios en patrones alimenticios, esperándose una reducción total de 14mmHg de la presión arterial.

B) *Disminución de la ingesta de alcohol, esperándose una reducción de 2 a 4mmHg de presión arterial.*

C) Relacionados con la actividad física: ejercicios aeróbicos, esperándose una disminución de 5 a 8mmHg de presión arterial, ejercicios de sobrecarga e isométricos esperándose una reducción de 4-5mmHg de la presión arterial.

D) *Relacionados con la alimentación y la actividad física.*

E) *Descenso de peso y un mantenimiento de peso corporal adecuado, esperándose una reducción de 5mmHg de la presión arterial.* (Consejo HTA, 2017)

7.5 Características sociodemográficas y cognoscitivas en pacientes con HTA

La HTA es una condición médica crónica en la cual la presión sanguínea en arterias es elevada. Resulta de una compleja interacción entre aspectos genéticos y factores relacionados con la conducta humana y su contexto, por lo que sus causas aún no han sido del todo entendidas. Se encuentra catalogada en la CIE10 (Codificación Internacional de enfermedades, Revisión 10) entre los códigos I10 y I15 según el grado y la afectación de otros órganos. Se relaciona con un 13% del total de las muertes a nivel global, constituyendo para algunas regiones como América Latina el principal factor de riesgo de mortalidad, aunque la edad elevada de los eventos genera que la carga de enfermedad sea sólo de 4,4% del total. En nuestro país, la presión arterial elevada es uno de los principales motivos de consulta al sistema de salud y de prescripción de tratamiento farmacológico. Explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria. Se trata de una enfermedad asintomática, donde el diagnóstico se basa en la detección de la presión arterial en valores superiores a los considerados como normales, en al menos tres consultas separadas por no menos de una semana, excluyendo la visita inicial. (Fonner, 2018)

7.6 Edad

La Sociedad Europea de Cardiología, asegura que el padecimiento de esta enfermedad crónica no transmisible es más frecuente en edades avanzadas, y alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años. Es así que a medida que las poblaciones envejezcan, adopten un estilo de vida más sedentario y aumenten el peso corporal, la prevalencia de la HTA seguirá aumentando en todo el mundo. Estiman que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a
1.500 millones.

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos).

Muchos pacientes ancianos se presentan con múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad. Además, los ancianos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. En los países desarrollados, las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados (hasta tres veces más per cápita que la población en general) y explican 60% de los costos
relacionados con la medicación, aunque solo representen 12 a 18% de la población en estos países. (López, 2022)

La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención. En los ancianos se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médicos el tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de causar complicaciones innecesarias, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura. Asimismo, se afirma que las múltiples comorbilidades y los regímenes médicos complejos comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia. (Piloto, 2015)

7.7 Sexo

El sexo es un factor importante a considerar en la hipertensión arterial (HTA) debido a las diferencias biológicas, hormonales y conductuales entre hombres y mujeres. Estas diferencias pueden influir en la prevalencia, presentación clínica, respuesta al tratamiento y riesgo cardiovascular asociado con la HTA.

Hombres: La prevalencia de HTA es generalmente más alta en hombres en edades más jóvenes y de mediana edad. Esto se asocia con factores como niveles más altos de presión arterial y un mayor riesgo de desarrollar hipertensión temprana.

Mujeres: Después de la menopausia, la prevalencia de HTA en mujeres tiende a igualar o superar a la de los hombres, probablemente debido a la disminución de los niveles de estrógeno, que tiene efectos protectores sobre el sistema cardiovascular.

Los estrógenos pueden tener un efecto vasodilatador, lo que contribuye

a una presión arterial más baja en mujeres premenopáusicas. Después de la menopausia, la caída en los niveles de estrógeno se asocia con un aumento de la rigidez arterial y la presión arterial.

Las mujeres con HTA tienden a tener un riesgo proporcionalmente mayor de complicaciones cardiovasculares como accidente cerebrovascular y enfermedades cardíacas, especialmente en la postmenopausia. (Reckelhoff, 2001)

7.8 Nivel Educativo

En 2007 en España, un estudio titulado: “Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos” no se encontró una relación directa entre el nivel de conocimiento y el apego farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial. (Aguado, 201

En 2014 en el estudio titulado: “Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional” se encontró que el nivel educativo de los pacientes influye en su calidad de vida y por lo tanto en el autocuidado de la hipertensión arterial. (Guerrero, 2014)

7.9 Nivel Socioeconómico

El factor socioeconómico es relevante en la incidencia, manejo y evolución de la hipertensión arterial (HTA). Las personas de niveles socioeconómicos más bajos tienden a tener una mayor prevalencia de HTA y un peor control de la enfermedad debido a diversos factores como el acceso a servicios de salud, educación, dieta y exposición a factores de estrés.

Estudios han demostrado que las personas en condiciones socioeconómicas más bajas tienen un mayor riesgo de desarrollar HTA. Esto se debe a factores como una dieta deficiente, mayor consumo de alimentos procesados con alto contenido de sodio y menor acceso a alimentos frescos y nutritivos.
La obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, que son factores de riesgo de HTA, también están asociados de manera desproporcionada con los grupos de menor ingreso y educación.

Las personas de bajos recursos tienen menos acceso a servicios de salud preventivos y diagnósticos, lo que puede llevar a un diagnóstico tardío de la HTA y un menor control de la misma.
Además, la falta de recursos puede limitar el acceso a medicamentos antihipertensivos y tratamientos adecuados, lo que se traduce en un mal control de la presión arterial.

El estrés crónico, que es más frecuente en entornos de bajos recursos debido a factores como inseguridad económica, trabajo precario y condiciones de vivienda inadecuadas, se ha relacionado con un aumento

de la presión arterial.

Las comunidades con menor nivel socioeconómico pueden tener menos acceso a espacios para la actividad física y mayor exposición a ambientes que fomentan hábitos poco saludables. (Pereira, 2009)

7.10 Control y conocimienro de la enfermedad

En 2014 en la realización del estudio: “Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre hipertensión arterial, adema s de su relación con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs población de pacientes no hipertensos, atendidos en el centro de salud tipo C San Lorenzo-Esmeraldas durante el período septiembre-noviembre 2014” se concluyó que el nivel de conocimiento bajo sobre la hipertensión arterial es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. (Pupo, 2015)

En Otro estudio realizado en 2014, titulado: “Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, lima, 2014” se encontró que en dicha población la mayoría de los adultos mayores tienen un conocimiento medio sobre la hipertensión arterial, haciendo hincapié en mejorar dichas cifras. (Ramos, 2015)

En julio de 2015 en Venezuela se realizó un estudio titulado: Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela, en el cual se encontró un predominio de la enfermedad en mayores de 65 años, también que la mayoría de estos identificaban las medidas básicas para el control de la enfermedad. (Bravo, 2016)

En mayo de 2017, en Colombia se llevó a cabo el estudio titulado: Medición, control y conocimiento de la presión arterial: Iniciativa Mayo Mes de la Medición Colombia 2017, donde se encontró una alta prevalencia de la enfermedad hipertensiva pero bajos niveles de conocimiento sobre esta y escasa relación entre el conocimiento y el nivel de control de las cifras de TA. (Rodriguez, 2017)

El mismo año en Perú, se llevó a cabo el estudio titulado: Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martines de Lima, Perú, en el cual se encontró una asociación entre el bajo conocimiento sobre la hipertensión y la adherencia parcial al tratamiento. (Tuya OMR, 2018)

En 2018 en la tesis titulada: “Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la Microred chavín-ancash, 2018” se encontró que en la región donde se realizó el estudio si existe una asociación entre un mayor conocimiento sobre hipertensión y el nivel de autocuidado. (Aparicio, 2019)

En España, en 2019 se presentó un estudio titulado: “Relación entre el control de presión arterial y el conocimiento que tiene el paciente de los valores objetivo”, donde se concluyó que entre más tiempo de evolución presenten los pacientes mayor es su nivel de conocimiento de las cifras de control y que este influye en los niveles de control que manejan los pacientes. (Estrada, 2020)

En 2020 en España se realizó el estudio titulado: Grado de conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos, en el cual se concluyó que el nivel de conocimiento de los pacientes encuestado es bajo. (Baglietto, 2020)

Igualmente, en 2020 en México se desarrolló el estudio titulado: Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México, en el cual se aplicó una encuesta a 274 pacientes y se concluyó que el nivel de conocimiento de la población general es insuficiente para prevenirla de forma correcta y evitar los factores de riesgo. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020)

7.11 Adherencia al tratamiento

La Revista Argentina de Cardiología y en diferentes artículos científicos,definen a la adherencia al tratamiento como un proceso por el cual las personas cumplen las indicaciones prescriptas por el médico tratante u otro agente sanitario, tanto en relación con el tratamiento farmacológico como con los cambios al estilo de vida.

La OMS, define adherencia al tratamiento como el grado en que el comportamiento de una persona tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (López, 2022)

En los pacientes con hipertensión, la adherencia a las recomendaciones de tratamiento tiene una repercusión principal sobre los resultados de salud y los costos de la atención. Algunos de los determinantes mejor reconocidos de la adherencia al tratamiento antihipertensor se relacionan con la farmacoterapia, como la toler abilidad del medicamento y la complejidad del régimen. Por lo tanto, los efectos colaterales reducidos, las dosis diarias menos frecuentes de antihipertensores, las monoterapias y la menor frecuencia de cambios en los medicamentos antihipertensores se asociaron todos con mejor adherencia terapéutica. (López, 2022)

En 2016 en el artículo titulado: “Hipertensión Arterial: nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en adultos” se encontró que

hasta un 80% delos pacientes con un nivel alto de conocimiento sobre la hipertensión arterial, tenían una buena adherencia al tratamiento.8 En 2016 se llevó a cabo el estudio: “Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital III Iquitos” donde se concluyó que alrededor de 45% de los pacientes con hipertensión arterial de dicho lugar, no tienen un conocimiento adecuado sobre dicha enfermedad. (Otero, 2020)

Por otra parte, existen factores relacionados con el paciente, que representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son:

El olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento. (López, 2022)

El no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento asesoramiento a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad. (Ávalos, 2017)

8. CONCEPTUALIZACIÓN

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un Organismo Público Descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Su misión es contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes.

El ISSSTE otorga a los derechohabientes los siguientes seguros:

-De Salud

Atención Médica Preventiva

Atención médica curativa y de maternidad

Rehabilitación física y mental

-Servicios sociales

Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos

básicos y de consumo para el hogar

Servicios turísticos

Servicios funerarios

Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil

-Servicios culturales

Programas Culturales

Programas educativos y de capacitación

Atención a jubilados, pensionados y discapacitados

Programas de fomento deportivo

-Prestaciones económicas

Préstamos Hipotecarios y financiamiento para vivienda

Préstamos personales ordinarios y especiales

Préstamos personales para adquisición de bienes de consumo duradero

Préstamos personales extraordinarios para damnificados por desastres naturales

9.Diseño

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, buscando medir el impacto que tienen las diferentes características sociodemográficas y cognoscitivas en los pacientes que cursan con Hipertensión Arterial Sistémica. Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando a los pacientes con hipertensión arterial sistémica de una muestra en específico, a quienes se les aplicará el instrumento de recolección de datos.

Enfoque de la investigación

Esta investigación utiliza un enfoque cuantitativo, debido a que se enfoca en la recopilación de datos numéricos y análisis estadístico para poder derterminar la relación entre las diversas variables que se evualuan.

Diseño de la investigación

Se trata de un estudio transversal, comparativo y prospectivo

Población y muestra

La población de estudio esta compuesta por los pacientes de la Clínica Hospital ISSSTE Comitán, específicamente del consultorio de Medicina Familiar #2 del turno vespertino, quienes acuden a consulta de manera mensual para su control de HTA.
Se incluirán únicamente a pacientes de 60 a 80 años, con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Técnias e instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos consta de 20 ítems redactados en forma de preguntas, de opción múltiple divida en dos partes. La primera parte está dirigida a indagar información sobre las características

demográficas de la población de estudio (sexo, nivel educativo, estado civil, edad, ocupación); la segunda parte se divide en cuatro dimensiones del conocimiento sobre hipertensión arterial: generalidades de la hipertensión arterial, factores de riesgo, medidas de control y tratamiento.

Procedimiento

Se realizará una encuesta que consta de 20 reactivos para evaluar las características sociodemográficas y cosgnóscitivas de cada paciente que acuda a consulta médica, solicitando a cada participante que complete la encuesta, informando con anteioridad el objetivo del estudio.

10.Hipótesis

La hipótesis es una afirmación tentativa que predice el resultado. Se pondrá a prueba mediante el estudio para
determinar si es verdadera o falsa.

Tipos de hipótesis:
* Hipótesis nula: Indica que no hay una relación entre las variables, o que la relación es
puramente por azar.

* Hipótesis alternativa: Sugiere que sí existe una relación entre las variables.

Por lo anterior en este trabajo de investigación se trabajará con una hipótesis __ para poder llegar al resultado deseado.

El estilo de vida es el principal factor que influye en los pacientes para desarrollar

Hipertensión Arte

10.Conclusiones

Esta información nos marca diferencias importantes en la planeación de la atención médica en consulta externa y así identificar áreas de oportunidad para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos dirigiendo las acciones a estos grupos identificados en el presente estudio.

Se identificaron las características sociodemográficas y cognoscitivas presentes en las personas adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial, que participaron del trabajo de investigación realizado en una institución de primer nivel de atención.

Dentro de las características sociodemográficas se obtuvo que la adherencia al tratamiento se evidencia con tendencia en personas de edades superiores a los 50 años, de acuerdo a nuestra muestra. Sin embargo, se presenta indistintamente en ambos sexos. Por otra parte, la misma prevalece en personas en las cuales su estado civil es casado. Por último, existe un predominio de nivel de conocimiento suficiente sobre su enfermedad y tratamiento en las personas adherentes, las que en su mayoría poseen un nivel de escolaridad alto, que a su vez trabajan o han trabajado

Es necesario replantear desde el área de las ciencias de la salud, el requerimiento de educar a las personas que padecen hipertensión arterial, para que adquieran hábitos saludables que favorezcan su autocuidado y así el mantenimiento de su salud, incentivando de esta manera la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Espinosa García J, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Fernández Bergés Gurrea D. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. Semergen. 2019;38(5):292–300.

2. Hernández, Óscar A. Hipertensión arterial: adherencia al tratamiento. 2017;21.

3. Can Valle AR, Sarabia Alcocer B. Prevalencia de hipertensión arterial en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. RICS Rev Iberoam las Ciencias la Salud. 2020;5(10).

4. Fonner E, Drph J. Hipertensión Arterial en Argentina. Transición y Mortalidad Diferencial. Una estimación indirecta a partir de datos transversales (2009-2013). 2018; (434):1–56.

5. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial “Dr. Eduardo Braun Menéndez.”Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Rev Argent Cardiol. 2017;75(3):1–43.

6. López D. Hipertensión arterial. Incidencia de algunos factores de riesgo. Arch Médico Camagüey 2022;6(3):37–9. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v6n3/amc09302.pdf

7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. The task force for the management ofarterial hypertension of the european society ofhypertension (esh) and of the european society of cardiology (esc). J Hypertens. 2013;31(7):1281–357.

8. Paul K. Whelton. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American Collage of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice. Journal of the American Collage of Cardiology. 2018 Mayo;LXX(19).

9. Fernández López, Luisa. Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y la calidad de vida en pacientes hipertensos. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2007;II(10).

10. Guerrero CDM. Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre hipertensión arterial, adema s de su relación con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs población de pacientes no hipertensos, atendidos en el centro de salud tipo C San Lorenzo-Esmeraldas du. [Online].; 2014. Available from: http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8877.

11. Piloto Hernández L, Palma López ME, Rodríguez Álvarez L, Carmona Brito J. Main Causes of Death in Patient Hypertensive Patients. Rev Cubana Med. 2015;54(1):14–26.

12. Reckelhoff JF. Gender Differences in the Regulation of Blood Pressure. Hypertension. 2001;37(5):1199-1208. Disponible en: https://doi.org/10.1161/01.HYP.37.5.1199

13. Aguado Fabián Emma AGMSAGDLD. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión. Revista enfermeria Herediana. 2014; II(7).

14. Bravo Campoverde B, Rolando Bonilla Valdivieso JEGE. Hipertensión Arterial: nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en adultos. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2016.

15. Pupo RDP, Lazo MR. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. Correo Científico Médico. 2015 Julio; XIX(3).

16. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. Journal of Hypertension. 2009;27(5):963-975. Disponible en: https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e3283282f65

17. Ramos EIA. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, lima, 2014. [Online].; 2015. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4175/%C3%81lvarez_re
.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

18. Jose Carlos Rodríguez-Abt RJSVSJRVYRMRR. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Revista de la Facultad de Medicina. 2017 Junio; LXV(1).

19. Tuya OMR. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la microred chavín-ancash, 2018. [Online].; 2018. Available from: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3916/TESIS_RAMIREZ_O WENS.pdf?sequence=6&isAllowed=y.

20. Aparicio Cercós C, Corcoles Ferrandiz M, Monllor Corcoles B, Salar Ibáñez L, Colmenero Navarro L, Mas P, et al. Relación entre el control de presión arterial y el conocimiento que tiene el paciente de los valores objetivo. Farmacia Familiar y Comunitaria. 2019; I(11).

21. Estrada, Dolores CSRMSAIJNPCF. Grado de conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos. Enfermería Clínica. 2020 Marzo; XXX(2).

22. Baglietto-Hernández, Juan Manuel AMBJPNSPRGFRW. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. Medicina Interna de México. 2020 Enero; XXXVI(1).

23. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018- 2019. Resultados nacionales. Epidemiológico. Cuernavaca, Morelos: INEGI; 2020.

24. Otero, J. Medición, control y conocimiento de la presión arterial: Iniciativa Mayo Mes de la Medición Colombia 2017. Hipertensión y Riesgo Vascular. 2020 Enero; XXXVII(1).

25. José A, Avalos P, Amanda M, Núñez V, Solange E, Domínguez R. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial Therapeutic Adherence in Patients with Arterial Hypertension. 2017;81–8.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENCION ARTERIAL

No hay respuestas correctas o incorrectas, por favor no deje preguntas sin responder.

PARTE I: COMPLETE LA INFORMACION.

Edad: **Sexo:**

Ocupación:

Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )

Nivel académico: Primaria Incompleta ( ) Primaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( )

Secundaria Completa ( ) Preparatoria ( ) Universitario ( )

Año de diagnóstico de la enfermedad.

PARTE II: MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE USTED MEJOR CONSIDERE.

1) Considera usted, que la hipertensión arterial es:

a Una enfermedad que eleva la presión arterial sobre los niveles normales

b) y que afecta principalmente el corazón.

c) Una enfermedad siempre curable.

d Una enfermedad que solo daña el estómago.

e) Una enfermedad que daña la concentración.

2) Una persona se considera con hipertensión arterial si tiene la presión por encima de:

a) 110/65 mmHg

b) 140/90 mmHg

c) 119/80 mmHg

d) 100/70 mmHg

3) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) La hipertensión arterial es desencadenada por una intoxicación alimentaria.

b) La hipertensión arterial tiene siempre síntomas.

c) La hipertensión arterial es un problema sólo de hombres.

d) La hipertensión arterial es prevenible.

4) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) La hipertensión arterial sólo afecta a los ancianos.

b) La hipertensión arterial es una enfermedad que se contagia.

c) La hipertensión arterial mal controlada puede conducir a la muerte.

d) La hipertensión arterial es una enfermedad psiquiátrica.

5) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones aumenta el riesgo de hipertensión arterial?

a) Levantar pesas.

b) Tomar más de 2 tazas de café al mes.

c) Subir de peso en exceso.

d) Fumar un cigarrillo ocasionalmente.

6) ¿Cuáles considera usted que son factores que influyen para padecer de hipertensión arterial?

a) El tener ambos padres con diabetes o hipertensión arterial.

b) El acné.

c) La gastritis.

d) La neumonía.

7) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) El sedentarismo es un factor de riesgo para padecer de hipertensión arterial.

b) El consumo de sal de mar ayuda a controlar la hipertensión.

c) El colesterol alto es factor de riesgo para complicación de la hipertensión arterial.

d) La obesidad es un factor de riesgo para padecer hipertensión arterial.

8) ¿Cuál de los siguientes productos cree usted que se debe evitar para controlar

la hipertensión arterial?

a) Evitar el alcohol, vegetales y verduras.

b) Evitar el café y dieta baja en sal.

c) Evitar el café, alcohol, dieta excesiva en sal y el estrés.

d) Evitar el azúcar, el aceite y la sal.

9) ¿Cuál de los siguientes cambios en su dieta ayuda a regular la presión arterial?

a) Mantener los alimentos picantes.

b) Beber un vaso diario de vino tinto después de los alimentos.

c) Comer más frutas, verduras, granos integrales y productos lácteos bajos en grasa

d) Beber té de hierbas y café.

10) Para controlar la hipertensión arterial se debe considera lo siguiente, en el consumo de alimentos, excepto:

a Disminuir la ingesta de sal en alimentos.

b) Disminuir regularmente el café.

c) Consumir pescado al menos tres veces por semana.

d) Consumir alimentos altos en grasa como frituras y con alta cantidad de sal.

11) ¿Qué tiempo es recomendable realizar caminatas diariamente cuando se sufre de hipertensión arterial?

a) Al menos 30 minutos.

b) Al menos 60 minutos.

c) De 10 a 20 minutos.

d) De 1 a 2 horas.

12) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el ejercicio y la presión arterial es falsa?

a Hacer una caminata durante 30 minutos todos los días ayuda a controlar la presión arterial.

b) Hacer ejercicio es bueno para las personas con hipertensión arterial.

c) Las personas que están de pie la mayor parte del día controlan mejor su presión arterial.

d) Practicar ejercicios de relajación ayuda a controlar el estrés y la presión arterial.

13) ¿Cuándo considera usted que los medicamentos para la hipertensión arterial deben ser consumidos?

a) Solo cuando la presión arterial esta alta.

b) Cuando tengo mareos.

c) Cuando siento dolor de cabeza.

d) Todos los días, según el horario indicado por el médico

14) ¿Cómo considera que deberían conservarse las medicinas para la presión arterial?

a) Consumirlo, no importa si está abierto y vencido.

b) Recortarlo por cada pastilla para guardarlo en la billetera.

c) Evitar consumirlo si está abierto, evitar aplastarlo, o cargarlo en la billetera, ver la fecha de vencimiento, conocer bien el nombre de los medicamentos que consume.

d) Guardarlo fuera de su envase y ordenarlo por colores.

15) ¿Por cuánto tiempo cree usted que deberá tomar sus medicinas para el control

de la presión arterial?

a) Hasta cuando la presión este controlada.

b) Solo por 3 años.

c) Durante toda la vida.

d) Durante 5 años, luego el tratamiento es solo con ejercicios.

16) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la toma de medicamentos antihipertensivos es verdadera?

a) Siempre debe tomarse con los alimentos.

b) Se puede tomar más de dos medicinas para la presión al mismo tiempo.

c) El medicamento para la presión arterial es más efectivo si se toma antes de acostarse

d) No debe tomarse si una persona bebió alcohol ese día.

17) ¿Asiste usted periódicamente a consulta médica?

a) Siempre.

b) A veces.

c) Casi nunca.

d) Nunca.

18) ¿Cuándo cree usted que debe ir a la consulta médica?

a) Sólo cuando comienzo a sentir algún malestar.

b) Sólo cuando necesite más medicinas.

c) Cada vez que me toca algún control médico a pesar de sentirme bien.

d) Cuando las medicinas caseras no me hacen efecto.

19) Al medir su presión arterial en casa, usted debe:

a) Siempre tomar su lectura antes de tomar su medicamento para la presión arterial.

b) Tomar la presión arterial en reposo, en el mismo brazo y dos horas antes o después de las comidas.

c) Tomar la presión arterial inmediatamente después de las comidas.

d) Tomar la presión todos los días cada 3 horas y anotar el valor.

20) ¿Cuál cree Ud. que son las complicaciones de la Hipertensión Arterial?

a) Apendicitis y problemas renales.

b) Infarto y problemas renales.

c) Diarreas, hemiplejias.

d) Gastritis.

-ANEXOS

N°	EDAD	GRUPO ETARIO	SEXO	NIVEL DE ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	TENSION ARTERIAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL