

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

Estudio de conocimientos sobre HTA de los pacientes
hipertensos de la Zona Básica de Ceutí

AUTORA: Sara García Saorín

DIRECTORES: D. Enrique José Ortin Ortin

D. Manuel José Párraga Ramírez

Murcia, Mayo de 2020

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

Estudio de conocimientos sobre HTA de los pacientes
hipertensos de la Zona Básica de Ceutí

AUTORA: Sara García Saorín

DIRECTORES: D. Enrique José Ortin Ortin

D. Manuel José Párraga Ramírez

Murcia, Mayo de 2020

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: García Saorín	Nombre: Sara
DNI: 48698647B	Grado en Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud	
Título del trabajo: Estudio de conocimientos sobre HTA de los pacientes hipertensos de la Zona Básica de Ceutí	

Los Drs. Enrique José Ortin Ortin y Manuel José Párraga Ramírez tutores del trabajo reseñado arriba, acreditan su idoneidad y otorgo el V. ° B. ° a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

Fdo.: Enrique José Ortin Ortin

Fdo: Manuel J. Párraga Ramírez

En Murcia, a 28 de Mayo de 2020

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Enrique y Juani, por darme la oportunidad de estudiar esta carrera, por su apoyo infinito y por confiar siempre en mi.

A mi hermana Ana, por estar a mi lado en cada paso que doy.

A D. Enrique José Ortín Ortín, director de este proyecto, por su profesionalidad y cercanía. Por acompañarme en esta etapa y creer en mi.

A D. Serafín Balanza Galindo, quien para mi, es también director de este trabajo. Por su dedicación y su tiempo. Por el apoyo mostrado y su inmejorable trato.

A D. Manuel José Párraga Ramírez, por su orientación y dirección.

A Rafa, por su paciencia infinita, por confiar en mi y estar a mi lado.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
ABREVIATURAS	13
RESUMEN	15
ABSTRACT	17
1. INTRODUCCIÓN	19
1.1 La Hipertensión, un factor de riesgo cardiovascular	19
1.2 HTA: definición	21
1.3 HTA y educación para la salud	22
2. HIPÓTESIS	25
3. OBJETIVOS	27
4. MATERIAL Y MÉTODO	29
4.1 Diseño del estudio	29
4.2 Ámbito y Periodo del estudio	29
4.3 Población del estudio y sujeto	29
4.4 Procedimiento de recogida de información	31
4.5 Variables de estudio	31
4.6 Procesamiento de los datos y análisis de resultados	31
4.7 Consideraciones éticas	32
5. RESULTADOS	33
a. Resultados descriptivos	33
b. Resultados analíticos	35
6. DISCUSIÓN	41
8. ANEXOS	49
9. BIBLIOGRAFÍA	55
TABLAS	59

ABREVIATURAS

AMPA: automedida de la presión arterial

CV: cardiovascular

DM: diabetes mellitus

ECV: enfermedad cardiovascular

FRCV: factor de riesgo cardiovascular

HTA: hipertensión arterial

MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial

OMS: organización mundial de la salud

PA: presión arterial

SEC: sociedad española de cardiología

SM: síndrome metabólico

SMP: síndrome metabólico premórbido

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular frecuente en las consultas de Atención Primaria y su atención supone un importante consumo de recursos sanitarios. Este trabajo explora el grado de conocimiento sobre esta patología de pacientes hipertensos en la Zona Básica de Ceutí. Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se analiza el grado de conocimientos sobre HTA. Resultados: revelan asociación estadísticamente significativa entre información recibida sobre HTA y conocer las cifras que definen la HTA, los riesgos que conlleva y los beneficios del autocontrol de PA en domicilio. Hay diferencias significativas entre sexos, mostrando las mujeres mayor conocimiento de los valores que definen HTA. Conclusión: el conocimiento de los pacientes sobre la HTA continúa siendo bajo, aunque la muestra estudiada manifiesta nociones de los riesgos que conlleva la HTA. En este sentido, la educación sanitaria en Atención Primaria es uno de los principales elementos de promoción de la salud, y la implantación de un programa de educación acorde a los conocimientos de los pacientes hipertensos, podría reducir la morbimortalidad asociada a esta patología.

ABSTRACT

Introduction: high blood pressure (HBP) is a frequent cardiovascular risk factor in Primary Care practice and its care involves a significant consumption of health resources. This work explores the level of knowledge about this pathology of hypertensive patients in the Basic Zone of Ceutí. Material and methods: observational, descriptive and cross-sectional study analyzing the level of knowledge about HBP. Results: a statistically significant association is revealed between the information received about HBP and knowing the figures determining HBP, the risks it entails and the benefits of home self-monitoring your blood pressure. There are statistically significant differences between the sexes: women show a better knowledge of the values that define HBP. Conclusion: the knowledge of the patients about HBP is still low, although the studied cohort reveals notions of the risks that HBP entails. In this sense, health education in Primary Care is one of the main elements of health promotion, and the implementation of an education program according to the knowledge of hypertensive patients could reduce the morbidity and mortality associated with this pathology.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Hipertensión, un factor de riesgo cardiovascular.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen un problema de salud pública de primer orden. En todo el mundo, 16,7 millones de muertes se deben a enfermedades cardiovasculares ⁽¹⁾. Cursan como un proceso insidioso que con frecuencia da lugar a su diagnóstico cuando ya hay lesiones vasculares ⁽²⁾. Se postula que cinco de las 10 principales amenazas mundiales para la salud están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares: Hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, consumo de alcohol, hipercolesterolemia, obesidad y sobrepeso. La cardiopatía isquémica sigue siendo la causa de mortalidad mundial más frecuente, destacando la insuficiencia cardiaca por su carácter emergente, ambas relacionadas con la HTA. Entre los años 1990 y 2015 la mortalidad por ECV a nivel mundial, que incluye a las enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatías congénitas, trombosis venosa profunda, embolias pulmonares y nefropatía ⁽³⁾, ha aumentado notablemente, pasando de 12,59 millones en 1990 a 17,92 en 2015.

En España la mortalidad por cardiopatía isquémica sigue una tendencia decreciente en los últimos años, en sintonía con el descenso a nivel mundial que ha sufrido el consumo de tabaco, que ha pasado de 1.397 mil millones de fumadores en 2000 a 1.337 en 2018, según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019 ⁽⁴⁾.

La prevención funciona: más del 50% de la reducción de la mortalidad cardiovascular (CV) se relaciona con la modificación de los factores de riesgo modificables ⁽²⁾. Encuestas internacionales revelan que la presión arterial (PA) elevada fue el principal factor asociado con mortalidad prematura a nivel mundial en el año 2015, tras causar casi 10 millones de muertes y más de 200 millones de años de vida ajustados por discapacidad, que han continuado aumentando en un 40% desde 1990 ⁽⁵⁾.

La prevalencia mundial de HTA medida en consulta durante el año 2015 es del 24% en varones y 20% en mujeres, lo que supone un total de 1.130 millones ⁽⁵⁾. La Guía ESC/ESH 2018, recomienda la medición de la presión arterial (PA)

fuera de la consulta, mediante la automedición de la presión arterial (AMPA) y la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Por su mayor precisión de toma al evitar el error de bata blanca y la HTA enmascarada ⁽⁶⁾, aportando mayor seguridad para iniciar tratamiento antihipertensivo en el seguimiento del paciente.

Recientes metaanálisis ⁽⁵⁾ concluyen que la AMPA predice mejor la morbimortalidad CV que la PA medida en consulta. MAPA y AMPA tienen una mayor correlación con daño orgánico y morbimortalidad que la PA medida en consulta. Las ventajas de la AMPA son su bajo coste y una mayor disponibilidad, y su umbral diagnóstico para HTA es mayor o igual a 135/85 mmHg.

1.1.1 Factores de riesgo cardiovascular

Los FRCV son el origen del carácter multifactorial de las ECV. Se diferencian FRCV no modificables que forman parte de las características personales del individuo, sobre los que no se puede intervenir, como son la edad, el sexo o los antecedentes familiares; y FRCV modificables destacando el tabaquismo, la HTA, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, los hábitos higiénicos saludables y la diabetes mellitus (DM) ⁽⁷⁾.

Según la OMS, un estilo de vida saludable unido a un mayor control sobre los FRCV modificables, podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad CV ⁽²⁾, y aumentaría los años de calidad de vida y vida útil de la población.

Los FRCV se potencian entre sí. Estudios epidemiológicos como el realizado en la población de Framingham, han demostrado que, en la mayoría de las ocasiones se presentan agrupados ⁽⁸⁾. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención CV requiere de su valoración conjunta ⁽⁹⁾. Para esta tarea, están disponibles varios modelos de evaluación del riesgo CV que calculan el riesgo de morbilidad (SCORE) o mortalidad (Framingham) a 10 años, así como la escala adaptada a la población española, REGICOR, que sirven para la detección precoz de enfermedades cardíacas ⁽⁵⁾.

1.1.2 Síndrome metabólico como FRCV

Se define ⁽¹⁰⁾ como la presencia de tres de los cinco criterios: 1) elevación de glucemia en ayunas (100 mg/dl) o recibir tratamiento antidiabético, 2) aumento de la PAS \geq a 130 mmHg o diastólica \geq a 85 mmHg o recibir tratamiento farmacológico antihipertensivo, 3) valores de cHDL < 40 mg/dl (varones) o < 50 mg/dl (mujeres), 4) triglicéridos \geq 150 mg/dl y 5) perímetro abdominal \geq 102 cm (varones) o \geq 88 cm (mujeres).

Se asocia con la afectación de varios sistemas, como el endocrino y el vascular. Todos los componentes que integran el síndrome metabólico (SM) son factores de riesgo, que aumentan la probabilidad de desarrollar en un futuro ECV y especialmente enfermedad coronaria ⁽¹¹⁾.

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) advierte que el 31% de la población adulta española padece SM. El estudio DARIOS ⁽¹²⁾ fue el primero en introducir el concepto de síndrome metabólico premórbido (SMP) en España. Mediante esta nueva definición de SMP, que excluye a pacientes con SM que ya padecen DM (previamente diagnosticada o que presentaran cifras de glucemia en ayunas \geq 126 mg/dl) y ECV, la prevalencia en España se sitúa en el 26% de los hombres y el 24% de las mujeres.

A partir de los 65 años la prevalencia de SM aumenta en las mujeres hasta alcanzar valores superiores a la población masculina en las últimas décadas de la vida; estas cifras parecen estar relacionadas con la protección estrogénica del sexo femenino durante la etapa fértil ⁽¹²⁾.

La obesidad y la acumulación intraabdominal de tejido adiposo se correlacionan estrechamente con las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado y la resistencia insulínica ⁽¹³⁾.

1.2 HTA: definición

Se define ⁽⁵⁾ como una PAS < 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) \geq 90 mmHg medidas en consulta. El primer objetivo del tratamiento debe ser

mantener los niveles de PA por debajo de 140/90 mmHg. La PA tratada debe alcanzar el objetivo $\leq 130/80$ mmHg en la mayoría de los pacientes.

El riesgo de mortalidad por ECV ocasionado por el aumento de la PA se duplica por cada incremento de 20mmHg de la PAS o de 10mmHg de la PAD ⁽¹⁴⁾. Para reducirlo, son beneficiosos tanto los cambios en el estilo de vida como el tratamiento antihipertensivo.

La agrupación de factores de riesgo englobados bajo el nombre de SM tiene un efecto multiplicador en el riesgo cardiovascular asociado a la HTA ⁽⁵⁾. Estratificar el riesgo de eventos cardiovasculares de los hipertensos constituye una prioridad a considerar en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. Desde 2003, la guía europea sobre prevención de las enfermedades CV recomienda el uso del sistema SCORE.

Las estrategias preventivas y terapéuticas deben ir dirigidas a corregir la obesidad y la resistencia insulínica ya que en conjunto, constituyen el centro del sustrato fisiopatológico ⁽¹³⁾.

1.3 HTA y educación para la salud

El control de PA es insuficiente en todo el mundo y está muy lejos de ser satisfactorio en España.

Conseguir mejorar el grado de conocimientos de la población sobre su salud requiere considerar entre otras: el nivel cultural, la veracidad y la calidad de la información suministrada.

Los programas de educación sanitaria adolecen en ocasiones de adaptación de los mensajes al nivel de conocimientos de la población a la que se dirige. Hoy en día, la información es de fácil acceso mediante internet y medios de comunicación. Sin embargo, hay un considerable número de pacientes con un bajo nivel de conocimientos, situación que favorece una inadecuada adherencia al tratamiento y un control insuficiente ⁽¹⁵⁾.

Para mejorar la efectividad de un programa de educación para la salud, es necesario identificar los conocimientos de la población diana, y adaptar los mensajes formativos a las necesidades del grupo ⁽¹⁶⁾.

2. HIPÓTESIS

Los pacientes hipertensos de la Zona Básica de Salud de Ceutí presentan déficit de conocimientos, para un control adecuado de su enfermedad y la importancia de los factores predisponentes.

3. OBJETIVOS

a. Objetivo principal

1. Evaluar los conocimientos de la población hipertensa sobre HTA

b. Objetivos específicos.

1. Comparar los datos obtenidos en la población de Ceutí con estudios similares de otras poblaciones.
2. Disponer de información que permita la posterior realización de un programa formativo a la población acorde con las necesidades identificadas.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Diseño del estudio.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

4.2 Ámbito y Periodo del estudio

El trabajo de investigación se realiza desde el centro de salud de Ceutí. La recogida de datos se ha llevado a cabo durante el mes de marzo de 2020.

4.3 Población del estudio y sujeto.

Se evalúa a una muestra de hipertensos del cupo de médicos del Centro de Salud de Ceutí, obtenidos mediante OMI-AP. Los pacientes tienen una edad comprendida entre 30 y 80 años.

4.3.1 Tamaño muestral.

Para una población finita de 400 enfermos que sufren HTA recogidos en 3 cupos de pacientes de un mismo Centro de Salud con un nivel de confianza del 95%, un error de $\leq 10\%$, considerando el principio de máxima indeterminación $p=q=50\%$, es necesario realizar el trabajo en una muestra de 78 sujetos.

4.3.2 Aleatorización.

Inicialmente se planificó realizar una aleatorización simple. Se recogieron los datos de una muestra total de 400 pacientes con HTA pertenecientes a 3 cupos diferentes del Centro de Salud de Ceutí, a cada sujeto se le adscribe un número del 1 al 400 y mediante el programa estadístico RStudio se obtuvieron 78 números aleatorios, correspondiéndose cada uno de ellos con un paciente concreto.

4.3.3 Técnica de muestreo.

Los pacientes seleccionados aleatoriamente se citaron telefónicamente para acudir a una cita en el Centro de Salud de Ceutí, en la que responder a la encuesta realizada por un mismo entrevistador.

Las ausencias han sido reemplazadas por un muestreo de conveniencia obtenido de forma consecutiva, entre los pacientes con HTA que acuden a la entrevista durante el periodo de recogida de datos.

4.3.4 Anonimización de la muestra.

Los pacientes han sido numerados por orden de inclusión en el estudio, registrando la información en un archivo Excel distinto a la hoja de registro de recogida de datos, donde cada paciente estará referenciado a un número.

El archivo en el que se correlaciona el número de entrevista con el paciente es independiente y se conserva con el fin de poder verificar y depurar los datos. Siendo la investigadora principal quien custodia la información.

4.3.5 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes hipertensos del Centro de salud de Ceutí, pertenecientes al cupo de los 3 facultativos que se adscriben al estudio. Con edades comprendidas entre los 30 y los 80 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo que no hiciera posible la realización de un curso formativo de una sesión.
- Incapacidad para la lectoescritura.
- Negación a la participación del estudio: Ausencia de consentimiento informado.

4.4 Procedimiento de recogida de información.

Se ha utilizado un cuestionario validado que permite medir los conocimientos que tiene la población hipertensa sobre su enfermedad y autocuidado (Anexo I).

Los datos de este cuestionario han sido recogidos en una hoja de Excel.

La técnica de recogida de información será mediante entrevista presencial realizada y registrada por la investigadora principal, estudiante de Grado en Medicina de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) para su Trabajo Fin de Grado (TFG).

4.5 Variables de estudio:

- Variables sociodemográficas.
- Nivel de conocimientos con relación a:

1. HTA
2. Factores de riesgo asociados a la HTA
3. Riesgo de padecer HTA
4. Hábitos higiénico-dietéticos
5. Importancia de la medicación
6. Adherencia al tratamiento

4.6 Procesamiento de los datos y análisis de resultados

Los datos de cada paciente fueron recogidos en una base de datos del programa Excel, y después fueron exportados al programa SPSS versión 18 para su tratamiento estadístico.

4.6.1 Análisis descriptivo

Las variables cualitativas se han descrito presentando los valores de las frecuencias de cada una de las categorías. La variable cuantitativa utilizada, se

expresó mediante el valor de la media aritmética como medida de tendencia central, la mediana y la desviación típica como medidas de dispersión.

4.6.2 Contraste de hipótesis

Para analizar los resultados este estudio se han utilizado tres test estadísticos, todos ellos paramétricos.

- Para comparar los valores medios de una variable cuantitativa continua con una variable cualitativa de dos categorías, se ha utilizado el test estadístico paramétrico T de Student para muestras independientes.

- Para la comparación de dos o más muestras independientes, estando medidas todas las variables de forma cualitativa, se han formado tablas de contingencia, utilizando la prueba paramétrica de la ji cuadrado de Pearson.

- Cuando la Ji cuadrado de Pearson no se pudo aplicar porque existía más de un 20% de valores teóricos menores de 5, se procedió a depurar los valores de las categorías de estas características, utilizando como alternativa la prueba de Fisher, siempre y cuando la tabla de contingencia resultante tras la depuración resultase de 2 x 2.

La significación estadística se aceptó para una $p < 0,05$.

4.7 Consideraciones éticas

Este trabajo ha sido aprobado por la comisión de evaluación de trabajos de investigación del Área VI.

5. RESULTADOS

Este estudio se ha realizado sobre una muestra total de 78 sujetos, diagnosticados de HTA, resultando una muestra muy homogénea, en función del género, 41 (52,6%) hombres y 37 (47,4%) mujeres.

La edad de los enfermos que han participado en el estudio presenta un valor medio de 66,2 años, con una desviación típica de 12,6 y un valor de la mediana de 67 años. El rango de valores de la misma oscila entre los 42 años, valor mínimo, y los 86 años del sujeto de mayor edad. La edad media de los hombres, $67,5 \pm 11,9$ años, es más elevada que el de las mujeres, $64,7 \pm 13,4$ años, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas, $p = 0,324$.

a. Resultados descriptivos

5.1.1 Característica general de la muestra

El desglose de la formación académica pretende estudiar si esto influye en el conocimiento de la patología. Se realizó el análisis estadístico a cerca del nivel de estudios que poseía la muestra, observándose un predominio de estudios primarios (67,9%) con respecto a los estudios de formación profesional o secundarios (32,1%). De los 78 sujetos que han intervenido en el estudio, ninguno de ellos refiere formación universitaria.

En relación con el tabaquismo, el descriptivo muestra que 15 de los 78 pacientes encuestados registraban este factor de riesgo cardiovascular, lo que supone un 19,2% del total, en contraposición a los 62 pacientes que afirmaron ser no fumadores, cuyo porcentaje se eleva al 79,5%. Es muy llamativo que solo haya 1 exfumador (1,3%), lo que hace pensar que muchos de los no fumadores lo fueron.

A la pregunta sobre antecedentes familiares de HTA, la mayoría se los entrevistados responden que si existen, 49 (63,8%) enfermos, el resto, 29 (37,2%) manifiestan que no existen o no recuerdan tales antecedentes

5.1.2 Conocimientos sobre la HTA

Los pacientes en su mayoría afirmaron conocer qué es la HTA (64,1%). Un porcentaje menor de la muestra (32,1%) aseguraba no ser capaz de definir este término, y solo 3 de los 78 pacientes encuestados no reconocían tener o no conocimiento a cerca de la HTA (3,8%).

A nivel general, se puede observar que existe un porcentaje elevado de sujetos que considera la HTA como una enfermedad crónica (70,5%), lejos de los 5 sujetos que lo negaron (6,4%). Por otra parte, 18 pacientes indicaron desconocer si esta patología es para toda la vida (23,1%).

El 85,9% de la muestra conoce los valores a partir de los cuales se considera HTA elevada, mientras que el 14,1% tiene conocimientos erróneos sobre estas cifras.

El lugar de toma de presión arterial más frecuente (97,4%) es el brazo, y tan solo 2 de los 78 sujetos encuestados afirman hacerlo en la muñeca (2,6%).

5.1.3 Conocimiento sobre factores de riesgo asociados a la HTA

Algo más de la mitad de la totalidad de los pacientes, 52,6%, consideran la obesidad el factor causal más importante de HTA, el 35,9%, 28 enfermos, no conocen si hay relación existente entre las dos variables, mientras que un porcentaje menor de la muestra (11,5%), aseguran que no existe relación.

A la pregunta sobre si la diabetes es un factor de riesgo asociado a HTA, 70 pacientes concluyen que sí (89,7%), frente al 3,8% del total que niega esta asociación. 5 enfermos (6,4%), desconocen si existe o no vínculo entre ellas.

Con relación al ejercicio físico, 75 pacientes, (96,2%), responden que es recomendable para bajar la presión arterial, 5 no lo saben (6,4%), y un porcentaje menor de la muestra (3,8%) coincide en que no es beneficioso para reducir la PA.

Respecto a si existe o no predisposición genética para el desarrollo de esta enfermedad, el porcentaje más elevado de la muestra (64,1%) atestigua que sí,

5 enfermos (6,4%) consideran que no existe relación, destacando un alto número de sujetos (29,5%) que desconoce esta asociación.

5.1.4 Conocimiento acerca del tratamiento de la HTA

Por otro lado, 46 de los 78 entrevistados responden que hay que tomar la medicación durante toda la vida, lo que supone un 59,0% del total. Mientras que, 16 de ellos (20,5%) consideran que el tratamiento puede finalizar si su médico así lo indica. Los 16 sujetos restantes, (20,5%), no saben con certeza si podría concluir la prescripción.

Siguiendo esta línea, 22 enfermos (28,2%) creen que podrían abandonar el tratamiento si las cifras de PA se normalizan, desconociendo la necesidad de adherencia terapéutica. Un porcentaje mayor, 52,6%, lo niega. Y tan solo 15 personas (19,2%), lo desconoce.

b. Resultados analíticos

5.2.1 Conocimientos de las cifras normales de PA

En este apartado se describen los conocimientos sobre los valores normales de la PA y su variabilidad en función del género y del nivel de estudios.

Observando los resultados de la tabla 1, lo más destacado es que solo un sujeto del estudio, una mujer, afirma que cifras por encima de 130/85 se considera HTA. Por otra parte, la mayoría de las mujeres, 35 (96,6%), consideran que HTA existe cuando el valor de la PA supera 140/90, frecuencia algo superior a la que ofrecen los hombres, resultando estadísticamente significativas, $p=0,016$, la asociación existente entre el género y la consideración de los valores que reflejan HTA.

Si analizamos la asociación entre el nivel de estudios y los conocimientos de normalidad de la PA, la gran mayoría, con frecuencias algo mas elevadas los que tienen estudios secundarios, 92,0% frente a 83,0%, refieren que se considera HTA cuando la PA supera los valores de 140/90, $p= 0,304$ (Tabla 1).

5.2.2 Influencia de la enseñanza sobre la HTA en conocimientos de la misma.

En el estudio se analiza la relación existente entre el hecho de que los pacientes hayan recibido información (les han explicado qué es la HTA) sobre la HTA y su conocimiento sobre ella. Se divide a los 78 encuestados en dos grupos, el primero de ellos estará formado por los 59 que reconocen haber sido educados en este aspecto, y el segundo por los 19 que afirman no haber información, comprobando si existen diferencias significativas entre ellos (Tabla 2).

Por un lado, 42 de los 59 miembros del primer grupo que ha recibido información (71,2%) afirman saber que es la HTA, mientras que solo un 21,4% atestigua no conocerla. Esto muestra una diferencia significativa, $p=0.042$, con respecto a los pacientes que no recibieron información previa, pues en este grupo la frecuencia de personas que no conocen la enfermedad asciende a 52.6% (Tabla 2).

En cuanto a la toma de forma autónoma de presión en el domicilio, tan solo un 20.3% de los participantes del grupo con formación aseguran no hacerlo, mientras que en el grupo de los no informados esta frecuencia es de 47,4%. De nuevo se objetiva una diferencia significativa entre ambos colectivos, $p=0.021$ (Tabla 2)

En el caso del tabaquismo como factor de riesgo, el 93,0 % de los pacientes que sí recibieron información afirman que es un factor asociado. A su vez, un 89.5% de los que no recibieron educación en este ámbito también mantienen esta afirmación. En este caso no se aprecian diferencias significativas, $p= 0,567$, (Tabla 2).

La totalidad del grupo que ha recibido información sabe que la PA puede provocar daños en el corazón, mientras que, en el grupo no informado, un 15.8% reconocen no saber este hecho, existiendo una diferencia significativa, $p=0.013$. (Tabla 2)

Esta cuestión es similar al hecho de que 58 de los 59 miembros del primer grupo (98.3%) afirmen que la PA puede provocar daño cerebral, mientras que,

en el segundo, un 15.8% no lo saben. Siendo estadísticamente significativo, $p=0.013$. (Tabla 2)

Por último, los miembros de ambos colectivos responden de forma muy similar a las preguntas sobre el abandono de tratamiento, en ambos casos, el mayor porcentaje de la muestra reconoce que el tratamiento no se podrá abandonar tras la normalización de la presión, 52,5% y 52,6% respectivamente. No existe una asociación significativa, $p=0,963$ (Tabla2).

5.2.3 Relación entre la diabetes y el autocontrol de PA en domicilio

Al analizar, con el fin de determinar, si los hipertensos diabéticos hacen de forma regular autocontrol de la PA en domicilio, los resultados de este estudio muestran que, de 23 hipertensos diabéticos analizados, 29,5% de la muestra, la mayoría, 19 (82,6%) responden hacer de forma regular controles en su domicilio, frecuencia algo mayor que la presentada por los 55 no diabéticos, estos dicen hacer autocontrol el 69,1%, $p= 0,220$.

5.2.4 Nivel de estudios y autocontrol domicilio de la PA

Al analizar, con el fin de investigar si existe asociación entre el nivel de estudios y el control de PA en el domicilio, los resultados desvelan que, del total de los pacientes estudiados, 52 (66.7%) responden que, a parte de los controles médicos, ellos realizan medidas de la PA en el domicilio, los 25 (33,3%) restantes responden que no. Analizando la influencia en este autocontrol de los estudios de los pacientes, nos encontramos que, de los 53 (67,9%) enfermos con estudios primarios 39 de ellos, 73,6%, manifiestan hacer estas medidas domiciliarias, frecuencia algo mayor que la resultante en el otro grupo de sujetos con estudios secundarios compuesto por 25 (32,1%) pacientes, de estos 13 (52,0%) responden hacer estos autocontroles, independientemente de los que se les hace por los profesionales sanitarios, rozando estas diferencias la significación estadística, $p= 0,059$.

5.2.5 Controles de la PA por profesionales sanitarios y su asociación con otros factores.

Los resultados del estudio revelan que, el 58,3% de la muestra, 42 pacientes, que de forma afirmativa responden que cumplen con la toma de la medicación, pasan controles de PA por profesionales sanitarios. Un porcentaje menor, 41,7%, 30 pacientes cumplidores, no están en seguimiento de su PA. Y sólo 1 persona, 16,6%, cuya presión es controlada por profesionales sanitarios, no cumple con la toma de los medicamentos prescritos, existiendo diferencias significativas entre los pacientes cumplidores y los no cumplidores, $p= 0,015$ (Tabla 3).

A la pregunta, ¿evita el sedentarismo?, el 52,5% de las personas que lo evitan, pasan controles de PA por profesionales sanitarios, porcentaje algo mayor que el de los sujetos que pasan controles, y no evitan el sedentarismo, 47,5%, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos, $p= 0,418$ (Tabla 3).

Con relación a los conocimientos sobre FRCV que favorezcan el desarrollo de otras enfermedades cardiovasculares, el 54,8% de los participantes que afirman conocerlos, pasa controles de PA, el 38,5% no los conoce, a pesar de pasar controles de PA por profesionales sanitarios, (Tabla 3).

5.2.6 Influencia de la información de los riesgos de la PA en los hábitos alimenticios y en los conocimientos de riesgo de accidente vascular cerebral

En la tabla 4 se observa como del total de pacientes que responden haber recibido información, 52 (66,7%), más de la mitad, 32 (61,5%), alegan evitar el consumo de alimentos no recomendados, frecuencia mayor que la dada por el grupo compuesto por 24 (30,8%) sujetos que dicen no haber recibido información, de ellos 11 (45,8%), afirman evitarlos, aunque la diferencia es considerable no han resultado estadísticamente significativa, $p= 0,222$.

La gran mayoría de los pacientes que se les ha informado sobre los riesgos de la PA, 49 (94,2%), responden de forma afirmativa saber que la HTA tratada y controlada reduce el riesgo de accidente vascular cerebral, frecuencia bastante

mayor de la que aparece en el grupo que manifiesta que no se les ha informado, donde solo el 79,2% manifiestan conocer que el buen control reduce el riesgo de accidente vascular, $p= 0,047$ (Tabla 4).

5.2.7 Influencia del género en factores positivos asociados al buen control de la PA

Los resultados del estudio muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas, $p= 0,664$, entre el porcentaje de hombres que cumple con la toma de los medicamentos prescritos, 95,1%, y el de mujeres, 91,9% (Tabla 5).

Por otro lado, 30 mujeres, 81,1%, cumple con una dieta baja en grasas, frecuencia algo mayor que la representada por el género masculino, 27 sujetos, 65,9%, $p=0,130$ (Tabla 5).

6. DISCUSIÓN

En función del género, los resultados muestran que la proporción de hombres hipertensos (52,6%) es superior a las mujeres (47,4%), coincidiendo con lo expuesto en la Guía Española de Cardiología(5) y estudios previos ⁽⁷⁾, ⁽¹⁷⁾. Sin embargo, en la muestra estudiada el mayor porcentaje de pacientes que conoce las cifras de HTA $\geq 140/90$ corresponde al sexo femenino, 96,6%, en discordancia con los resultados de un estudio sobre el conocimiento de la HTA y la adherencia terapéutica en una muestra de la población de Bilbao, donde predomina el conocimiento en hombres ⁽⁷⁾.

Si bien la mayoría de los pacientes entrevistados sostienen conocer qué es la HTA, 64,1%, resulta significativo el elevado número de pacientes hipertensos que tienen conocimientos mermados cuando se les cuestiona a cerca de la HTA. Datos coincidentes con estudios anteriores ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾ donde se afirma que, si bien la prevalencia de HTA en España es elevada, el grado de conocimientos y el control de PA es menor que en EE.UU.

En concordancia con los resultados de la muestra estudiada en Bilbao ⁽⁷⁾, los resultados revelan que, a mayor formación académica, mayor era el grado de conocimiento sobre los valores normales de HTA, predominando los sujetos con estudios secundarios, 92,0%, frente a los primarios, 83,0%.

Se asume casi de forma sistemática, que el mayor conocimiento de un problema de salud comporta una mejoría en su control. En EE.UU se ha desarrollado un proyecto de autogestión de enfermedades crónicas, programa de pacientes expertos, destinado a fomentar los conocimientos sobre determinadas patologías, con el objetivo de promover la autoeficacia y evitar complicaciones asociadas. Sin embargo, un artículo publicado en 2007 ⁽¹⁹⁾ cuestiona esta iniciativa, revelando que, si bien el programa de pacientes expertos favoreció un enfoque sistemático, proactivo y organizado para el autocontrol, perpetúa el modelo médico y no se adapta a las características de una población con conocimientos limitados, mostrando resultados positivos solamente en pacientes debidamente formados.

Varios estudios manifiestan que informar a los pacientes sobre su riesgo CV se traduce en una disminución de las complicaciones asociadas ^{(20) (21) (22)}. Siguiendo esta línea, un estudio multicéntrico descriptivo transversal publicado en 2018 ⁽¹⁵⁾ revela que, la mayoría de los pacientes hipertensos tienen poca información a cerca de su patología, o no siguen las recomendaciones de la adherencia al tratamiento.

Diferentes trabajos coinciden en que los pacientes que reciben información sobre la HTA por parte de profesionales sanitarios son más conscientes de su enfermedad ⁽¹⁵⁾. Otros exponen que en pacientes hipertensos con alto riesgo CV, la tasa de incumplimiento terapéutico es elevada, sobre todo en los pacientes que toman más de 5 medicamentos ^{(23) (24)}.

Comparando los resultados obtenidos en la muestra a estudio con lo previamente expuesto, se observa que coinciden en que, la intervención educativa adaptada a las características de la población diana, aumenta el grado de conocimientos en estos pacientes. A la pregunta, ¿sabe qué es la HTA?, existen diferencias significativas entre los pacientes previamente informados, 71,2%, y los que no, 42,1%.

Al analizar, si el haber sido informado sobre los riesgos de PA elevada se relaciona con un mejor hábito dietético, la muestra a estudio revela que, del total de pacientes que conocen los riesgos, el 61,5% evita el consumo de alimentos no recomendados. Sin embargo, y coincidiendo con lo expuesto en el estudio D. Estrada et al. ⁽²⁰⁾, no se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos, posiblemente debido a que, el beneficio de la dieta mediterránea es ampliamente reconocido a nivel nacional, independientemente de que los pacientes sean o no hipertensos.

Otro análisis llevado a cabo en la muestra estudiada es la asociación entre haber recibido información y conocer los FRCV. Si bien el 93, 2% de los que identifican el tabaco como FRCV asociado a HTA había sido previamente

informado, no podemos concluir que existan diferencias significativas entre ambos grupos, pues aún no habiendo recibido instrucción educativa el conocimiento continúa siendo elevado, 89,5%.

Los resultados no son estadísticamente significativos, pero a nivel general, lo que se pretende demostrar es que, recibir educación para la salud mejora la adherencia terapéutica.

Determinando si el grado de autocontrol de PA en el domicilio estaba influenciado por el nivel de estudios, no se puede asociar con que existan diferencias significativas entre ambos grupos en la muestra estudiada. Datos que coinciden con otros estudios previos ⁽²⁵⁾.

Respecto a si existe o no predisposición genética a desarrollar HTA, el 64,1% de la muestra estudiada concluye que si. La mayoría de estos tienen antecedentes familiares de HTA, por lo tanto, el conocimiento de la transmisión hereditaria puede deberse a la experiencia personal. En esta línea, La Guía de la Sociedad Española de Cardiología ⁽⁵⁾ revela que, los antecedentes familiares de HTA y PA normal-alta en consulta se asocian con el desarrollo de HTA enmascarada.

Estudios como di@bet.es y PRESCAP coinciden en que los pacientes diabéticos muestran peor grado de control de su PA que los no diabéticos ⁽¹⁷⁾. El estudio di@bet.es publicado a nivel nacional, revela que la HTA es más frecuente en pacientes diabéticos. La regresión logística mostró, que las personas con diabetes y ECV son más conscientes de la importancia de la HTA. No obstante, solo el 10,7% de los diabéticos tenían un buen control de sus cifras de TA.

En discordancia con esta publicación, los pacientes diabéticos de la muestra afirman en su mayoría, 82,6%, realizar de forma regular controles de PA en su domicilio, frecuencia considerablemente mayor que la representada por los no diabéticos, 69,1%.

Un artículo clínico experimental publicado en 2012 (D. Estrada et al.)⁽²⁰⁾ pretendía valorar la eficacia de una intervención educativa en pacientes hipertensos frente al grupo control que no recibió información. A la pregunta es la HTA una enfermedad para toda la vida, el 52% de los integrantes del grupo intervención responde que sí, aumentando sus conocimientos tras la intervención. Este resultado concuerda con el de otros estudios⁽¹⁶⁾, en los cuales la aplicación de una intervención educativa asociada a la actividad asistencial por parte de los profesionales sanitarios es capaz de elevar el nivel de sapiencia en estos pacientes.

En la muestra a estudio en Ceutí, este porcentaje ha aumentado, 70,5%, en comparación con estudios anteriores^{(20) (26) (27)}.

Un estudio multicéntrico⁽²⁴⁾ desarrollado en 102 centros de Atención Primaria españoles, revela que, un seguimiento exhaustivo por parte de los profesionales sanitarios eleva el grado de control de PA en pacientes hipertensos. Apoyando esta teoría, los resultados de la muestra estudiada constatan que, en su mayoría, los pacientes que pasan controles periódicos de PA por profesionales sanitarios, afirman cumplir con la toma de la medicación.

En una revisión de todos los estudios sobre cumplimiento terapéutico publicados en España hasta 2015, Márquez et al.⁽²⁸⁾ observaron que el incumplimiento medio ponderado era del 32,53%. Este porcentaje no difiere demasiado del obtenido en la muestra estudiada, en la que 22 entrevistados, 28,2 %, consideran que podrían abandonar el tratamiento si las cifras de PA se normalizan. Si bien es cierto que un porcentaje mayor, 52,6%, conoce la necesidad de no descuidar la prescripción médica, no es desdeñable el elevado número de pacientes que lo desconocen, por ello es necesario establecer un programa de educación para la salud adaptado a los conocimientos de los pacientes.

Un estudio promovido por la Universidad de Navarra⁽²⁹⁾ concluye que, si se habla del manejo de la HTA, las únicas intervenciones para las que se obtiene resultados significativos, son las relacionadas con el tratamiento farmacológico

y la relación médico-paciente. Sin embargo, el cumplimiento de la prescripción médica está lejos de ser satisfactorio. En la muestra estudiada, un 28,2% de la muestra, atestigua que se puede abandonar el tratamiento si las cifras de TA se normalizan. Siguiendo esta línea, el 41,0% de los participantes consideran innecesario continuar con el tratamiento durante toda la vida. Datos contrarios a los revelados en el estudio de Bilbao ⁽⁷⁾, cuyos resultados demuestran que la adherencia al tratamiento farmacológico, prescrito por los profesionales sanitarios, es casi total, cumpliéndolo el 95,1% de la población.

Limitaciones del estudio.

-La principal limitación de este estudio radica en la recogida de la información. Al ser un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que la información recopilada depende de la impresión subjetiva del paciente a cerca de la HTA, recopilada a través de cuestionarios.

-Dado que la población estudiada en la Zona Básica de Ceutí ha sido una muestra pequeña, 78 pacientes, muchos de los resultados obtenidos resultan no significativos.

-Otra de las limitaciones es que la mayor parte de la muestra estudiada corresponde al cupo de un determinado facultativo, por lo que puede influir la información suministrada a sus pacientes.

-De cara a futuras investigaciones, podría incluirse la medición de la PA en el momento de la entrevista como variable a estudio, para verificar el control de los pacientes.

7. CONCLUSIONES

- Se constata que los pacientes hipertensos de la Zona Básica de Ceutí tienen conocimientos mermados sobre HTA.
- Se refuerza la idea de que la implementación de un programa de educación sanitaria aumentaría los conocimientos de la población hipertensa.
- La consecución de la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos depende de la formación, la voluntad y la capacidad de cada individuo. Consideraciones necesarias para la elaboración de programa de Educación Sanitaria.

8. ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS

1. **Identificación:**
2. **Edad:**
3. **Sexo** 1. Hombre 2. Mujer
4. **Estudios** 1. Primarios 2. Formación Profesional, secundarios 3. Universitarios
5. **Diabetes** 1. Si 2. No
6. **Colesterol elevado:** 1. Si 2. No
7. **Talla (CMS):**
8. **Peso:**
9. **Habito Tabaco** 1. Si 2. No 3. Ex fumador
10. **Alcohol** 1. Diario 2. Algún día semana 3. Muy ocasionalmente 4. Nunca
11. **Antecedentes familiares de hipertensión:** 1. Si 2. No
12. **¿A qué edad se diagnosticó la HTA?:**

1. HIPERTENSIÓN

- 1.1 **¿Sabe qué es la hipertensión?** 1. Si 2. No
- 1.2 **¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?** 3. No se
- 1.3 **¿A partir de qué valor se considera la presión arterial elevada?**
1. 140/90 2. 160/95 3. 130/85
- 1.4 **¿Conoce las cifras de su presión arterial?** 1. Si 2. No 3. No se
- 1.5 **¿Le han explicado qué es la hipertensión?** 1. Si 2. No 3. No se
- 1.6 **¿Algún médico/enfermera le controla su presión?** 1. Si 2. No 3. No se
En caso afirmativo
- 1.7 **¿Con que frecuencia al mes?:**
- 1.8 **¿Dispone de un aparato para medir la presión en domicilio?** 1. Si 2. No
En caso afirmativo
- 1.9 **¿Se toma la presión con regularidad en su domicilio?** 1. Si 2. No
- 1.10 **¿Cuántas veces al mes se la toma?:**
- 1.11 **¿En qué brazo se debe tomar?** 1. Izquierdo 2. Derecho 3. Ambos

1.12 ¿Cómo se la toma?: 1 En el brazo 2. En la muñeca

1.13 ¿Cómo es mejor tomarse la tensión? 1. Sentado 2. Acostado

1.14 ¿Sirve tomarse la presión en casa? 1. Si 2. No

1.15 Tratar la hipertensión ¿reduce realmente el riesgo de accidente cerebrovascular? 1. Si 2. No 3. No se

2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN

2.1 ¿Conoce otros factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades del corazón y de trombosis/hemorragia cerebral, además de la hipertensión? 1. Si 2. No 3. No se

¿Podría decirme dos de estos factores?:

.....

2.2 ¿Es la obesidad el factor causal más importante de la hipertensión? 1. Si 2. No 3. No se

2.3 ¿Es el tabaco un factor de riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión? 1. Si 2. No 3. No se

2.4 ¿La diabetes y el colesterol elevado son factores de riesgo asociados a la hipertensión? 1. Si 2. No 3. No se

2.5 ¿El ejercicio es recomendable para bajar la presión arterial? 1. Si 2. No 3. No se

2.6 ¿Tienen más predisposición a la hipertensión las personas que tienen hermanos, padres y abuelos hipertensos? 1. Si 2. No 3. No se

3. RIESGO DE PADECER HIPERTENSION

3.1 ¿Le han informado sobre los riesgos que tiene la elevación de la presión arterial? 1. Si 2. No 3. No se

3.2 ¿La presión arterial puede provocar problemas en el corazón? 1. Si 2. No 3. No se

3.3 ¿La presión arterial puede provocar daños en el cerebro? 1. Si 2. No 3. No se

4. DIETA

4.1 ¿Su médico le ha dado recomendaciones para el manejo de la hipertensión como una dieta, hacer ejercicio, etc.? 1. Si 2. No 3. No se

En caso afirmativo ¿qué recomendaciones le ha dado?

4.1.1 Ejercicio 1. Si 2. No

4.1.2 Hacer dieta 1. Si 2. No

4.1.3 Bajar peso 1. Si 2. No

4.1.4 Manejo del estrés 1. Si 2. No

4.1.5 Evitar consumo de tabaco y alcohol

4.1.6 Evitar la sal 1. Si 2. No

4.1.7

Otros.....

.....

4.2 ¿Una dieta pobre en grasa y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial? 1. Si 2. No 3. No se

4.3 ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal? 1. Si 2. No 3. No se

4.4 ¿Se puede controlar con dieta la hipertensión? 1. Si 2. No 3. No se

5. MEDICACIÓN

5.1 ¿Se puede controlar con medicación la hipertensión? 1. Si 2. No 3. No se

5.2 ¿Toma medicación para la hipertensión? 1. Si 2. No 3. No se

¿Cuál?:

.....

5.3 ¿Hay que tomar la medicación durante toda la vida? 1. Si 2. No 3. No se

5.4 ¿Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza? 1. Si 2. No 3. No se

6. ADHERENCIA TERAPEUTICA ANTIHIPERTENSIVA

6.1 Respecto a las indicaciones de tratamiento farmacológico, usted:

6.1.1 ¿Cumple con la toma de los diferentes medicamentos? 1. Si 2. No

6.1.2 ¿Cumple con la dieta baja en grasas? 1. Si 2. No

6.1.3 ¿Cumple con la dieta baja en azúcares? 1. Si 2. No

**6.1.4 ¿Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras? 1. Si
2. No**

**6.2 Respecto a las conductas que incrementan la hipertensión arterial,
usted:**

6.2.1 ¿Evita el consumo de alcohol? 1. Si 2. No

6.2.2 ¿Evita el consumo de tabaco? 1. Si 2. No

6.2.3 ¿Evita el consumo de café? 1. Si 2. No

6.2.4 ¿Evita las situaciones de estrés y disgustos? 1. Si 2. No

6.2.5 ¿Evita el sedentarismo? 1. Si 2. No

**6.2.6 ¿Evita el consumo de alimentos no recomendados (embutidos,
salsas, etc) 1. Si 2. No**

**6.3 ¿Cada cuánto acude usted a las citas con médico/enfermera para el
control de la presión arterial?:**

1. Nunca
2. Cuando se siente enfermo
3. Una vez cada 4-6 meses
4. Una vez cada 2-3 meses
5. Mínimo una vez al mes

**6.4 A parte de los controles con su médico ¿Cuál de las siguientes cosas
se mide en casa?**

6.4.1 Tensión arterial 1. Si 2. No

6.4.2 Pulso 1. Si 2. No

6.4.3 El peso 1. Si 2. No

**6.4.4 Observarse si tiene hinchazón en alguna parte de su cuerpo 1. Si 2.
No**

**6.5 ¿De qué síntomas está usted pendiente/reconoce cuando se le sube la
presión arterial?**

6.5.1 Alteraciones o cambios visuales 1. Si 2. No

6.5.2 Calores 1. Si 2. No

6.5.3 Cambios en el habla o en el estado vital 1. Si 2. No

6.5.4 Dificultad para dormir 1. Si 2. No

6.5.5 Disminución de la temperatura, sensibilidad o fuerza de alguna extremidad 1. Si 2. No

6.5.6 Dolor de cabeza 1. Si 2. No

6.5.7 Dolor en el pecho 1. Si 2. No

6.5.8 Fatigabilidad 1. Si 2. No

6.5.9 Mareo 1. Si 2. No

6.5.10 Nerviosismo 1. Si 2. No

6.5.11 Palpitaciones 1. Si 2. No

6.5.12 Sangrado nasal 1. Si 2. No

Otros:

.....

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Grima A, Rubio O. El síndrome metabólico como factor de riesgo cardiovascular. 2005;
2. Grupo Q, De DT, Europea S, Cardiología D. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev Española Cardiol. 2012;65(10):937.e1-937.e66.
3. Adulto CDEL. Cardiología. 2019;26(2).
4. ep data. El consumo de tabaco en España y el mundo, en datos y gráficos [Internet]. 2019 [citado 18 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/consumo-tabaco-espana-datos-graficos/377>
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Vol. 39, European Heart Journal. 2018. 3021-3104 p.
6. Contreras EM, Joaquín J, Martínez C, Álvarez JP, Vázquez I, Guevara B. arterial. 2006;38(7):392-8.
7. Peña J, Peña Sainz de la Maza J. Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao. 2014;40.
8. Ascaso JF, González-Santos P, Hernández Mijares A, Mangas A, Masana L, Millan J, et al. Diagnóstico de síndrome metabólico. Adecuación de los criterios diagnósticos en nuestro medio. Clínica e Investig en Arterioscler. 2006;18(6):244-60.
9. Brotons C. Control de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. ¿Controlamos los factores o controlamos el riesgo? Med Clin (Barc) [Internet]. 2005;124(11):415-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13072843>
10. Lizarzaburu Robles JC. Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. An la Fac Med. 2014;74(4):315.
11. KERR WJ, LAGEN JB. Enfermedades cardiovasculares. Arch Med Cuba. 1952;3(4):413-6.
12. Fernández-Bergés D, Cabrera De León A, Sanz H, Elosua R, Guembe MJ, Alzamora M, et al. Metabolic syndrome in Spain: Prevalence and coronary risk associated with harmonized definition and who proposal. DARIOS

- study. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(3):241-8.
13. Cordero A, Moreno J. Hipertensión arterial y síndrome metabólico. 2005;
 14. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo E, Morales-Olivas F, et al. Spanish Society of Hypertension position statement on the 2017 ACC/AHA hypertension guidelines. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2018;(xx):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>
 15. Estrada D, Sierra C, Soriano RM, Jordán AI, Plaza N, Fernández C. Grade of knowledge of hypertension in hypertensive patients. *Enferm Clin* [Internet]. 2020;30(2):99-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.033>
 16. Márquez-Hernández VV, Granados Gámez G, Roales-Nieto JG. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Aten Primaria* [Internet]. 2015;47(2):83-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.009>
 17. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(6):572-8.
 18. Labeit AM, Klotsche J, Pieper L, Pittrow D, Einsle F, Stalla GK, et al. Changes in the Prevalence, Treatment and Control of Hypertension in Germany? A Clinical-Epidemiological Study of 50.000 Primary Care Patients. *PLoS One*. 2012;7(12).
 19. Wilson PM, Kendall S, Brooks F. The Expert Patients Programme: A paradox of patient empowerment and medical dominance. *Heal Soc Care Community*. 2007;15(5):426-38.
 20. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, de la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012;47(2):62-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2011.10.016>
 21. Benner JS, Erhardt L, Flammer M, Moller RA, Rajcic N, Changela K, et al. A novel programme to evaluate and communicate 10-year risk of CHD

- reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile. *Int J Clin Pract*. 2008;62(10):1484-98.
22. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Ríos Cano EJ, Martínez Crespo J, Sebastián Vicente B, Martínez RV. Información sobre el riesgo cardiovascular a hipertensos seguidos en atención primaria. ¿Mejora nuestra eficacia? *Aten Primaria*. 2006;38(2):102-6.
 23. Burnier M, Wuerzner G, Struijker-Boudier H, Urquhart J. Measuring, analyzing, and managing drug adherence in resistant hypertension. *Hypertension*. 2013;62(2):218-25.
 24. Márquez-Contreras E, de la Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Gil-Guillén V, Martín-de Pablos JL, et al. Do Patients With High Vascular Risk Take Antihypertensive Medication Correctly? CUMPLEMEMS Study. *Rev Española Cardiol (English Ed)*. 2012;65(6):544-50.
 25. Benítez Camps M, Egocheaga Cabello MI, Dalfó Baqué A, Bajo García J, Vara González L, Sanchis Doménech C, et al. Estudio Conocimiento: Grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. *Hipertens y Riesgo Vasc*. 2015;32(1):12-20.
 26. Estrada Reventos D, Jiménez Ordóñez L, Pujol Navarro E, de la Sierra Iserte A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular. *Hipertens y Riesgo Vasc [Internet]*. 2005;22(2):54-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837\(05\)71533-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837(05)71533-6)
 27. Ho TM, Estrada D, Agudo J, Arias P, Capillas R, Gibert E, et al. Assessing the impact of educational intervention in patients with hypertension. *J Ren Care*. 2016;42(4):205-11.
 28. Marquez Contreras E, Gil Guillén V, Casado Martínez JJ, Martel Claros N, De La Figuera Von Wichmann M, Martín De Pablos JL, et al. Analysis of studies published on therapy non-compliance with hypertension treatment in Spain between 1984 and 2005. *Aten Primaria*. 2006;38(6):325-32.
 29. Alvarez-Coca Gonzalez YM. Hipertension Arterial Endocrina. *Hosp Gen (Madr)*. 1978;18(1):97-108.

TABLAS

Tabla 1. ¿A partir de qué valor es normal la PA en función del género y nivel de estudios

	A partir de que valor se considera HTA			Total	p
	140/90	160/95	130/85		
Sexo					
Hombre	32 (78,0%)	9 (22,0%)	0	41 (100%)	0,016
Mujer	35 (96,6%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)	37 (100%)	
Nivel estudios					
Primarios	44 (83,0%)	8 (15,1%)	1 /1,9%)	53 (100%)	0,304
Secundarios	23 (92,0%)	2 (8,0%)	0	25 (100%)	
Total	67 (85,9%)	10 (12,8%)	1 (1,3%)	78 (100%)	

Tabla 2. Influencia de la enseñanza sobre la HTA en conocimientos de la misma

Factor	¿Le han explicado que es la HTA		Total N=78	p
	Si n=59	No n= 19		
¿Sabe que es la HTA? Si No No sé	42 (71,2%) 15 (21,4%) 2 (3,4%)	8 (42,1%) 10 (52,6%) 1 (3,3%)	50 (64,1%) 25 (32,1%) 3 (3,8%)	0,042
¿Se toma la presión en su domicilio? Si No	47 (79,7%) 12 (20,3%)	10 (52,6%) 9 (47,4%)	57 (73,1%) 21 (26,9%)	0,021
¿El tabaco es un facto asociado a HTA? Si No No sé	55 (93,2%) 2 (3,4%) 2 (3,4%)	17 (89,5%) 1 (5,3%) 1 (5,3)	72 (92,3%) 3 (3,8%) 3 (3,8%)	0,567
¿La PA puede provocar daño corazón? Si No No sé	59 (100%) 0 0	16 (84,2%) 0 3 (15,8%)	74 (94,9%) 0 3 (3,8%)	0,013
¿La PA puede provocar daño cerebro? Si No No sé	58 (98,3%) 1 (1,7%) 0	16 (84,2%) 0 3 (15,8%)	74 (94,9%) 1 (1,3%) 3 (3,8%)	0,013
¿Se puede abandonar el tratamiento cuando la presión se normaliza? Si No No sé	17 (28,8%) 31 (52,5) 11 (8,6%)	5 (26,3%) 10 (52,6%) 4 (21,1%)	22 (28,2%) 41 (52,6%) 15 (19,2%)	0,963

Tabla 3. Control por profesionales de la PA y asociación con otros factores

Factor	¿Le controla algún profesional sanitario la PA?			p
	Si	No	Total	
¿Cumple con la toma de los diferentes medicamentos?				0,015
Si No	42 (58,3%) 1 (16,6%)	30 (41,7%) 5 (83,4%)	72 (100%) 6 (100%)	
¿Evita el sedentarismo?				0,418
Si No	31 (52,5%) 12 (63,2%)	28 (47,5%) 7 (36,8%)	59 (100%) 19 (100%)	
¿Conoce otros factores que favorecen el desarrollo de enfermedades cardíacas, trombosis, hemorragia cerebral, además de HTA?				0,035
Si	17 (54,8%)	14 (45,2%)	31 (100%)	
No No sé	10 (38,5%) 16 (76,2%)	16 (61,5%) 5 (23,8)	26 (100%) 21 (100%)	

Tabla 4. Repercusión sobre la información de los riesgos de la PA y su asociación con malos hábitos alimenticios y su repercusión en conocimientos del riesgo cerebrovascular

Factor	¿Le han informado de los riesgos de la PA elevada?		Total	p
	Si	No		
¿Evita el consumo de alimentos no recomendados (embutidos, salsas)?				0,199
Si No	32 (61,5%) 20 (38,5%)	11 (45,8%) 13 (54,2%)	43 (56,6%) 33 (43,4%)	
Tratar la hipertensión ¿reduce realmente el riesgo de accidente cerebrovascular?				0,047
Si No se	49 (94,2%) 3 (5,8%)	19 (79,2%) 5 (20,8%)	68 (89,5%) 8 (10,5%)	
Total	52 (100%)	24 (100%)	76 (100%)	

Tabla 5. Influencia del género en factores positivos asociados al buen control de la PA

Factor	Género		Total	p
	Hombre	Mujer		
¿Cumple con la toma de los diferentes medicamentos?				
Si	39 (95,1%)	34 (91,9%)	73 (93,6%)	0,664
No	2 (4,9%)	3 (8,1%)	5 (6,4%)	
¿Cumple con la dieta baja en grasas?				
Si	27 (65,9%)	30 (81,1%)	57 (73,1%)	0,130
No	14 (34,1%)	7 (18,9%)	21 (26,9%)	
Total	41 (100%)	37 (100%)	78 (100%)	

