



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

**Descripción del nivel de conocimiento de la
enfermedad de base y de otros factores de riesgo
cardiovascular modificables en sujetos hipertensos
mayores de 65 años**

Alumno: Guilherme Rodrigues Barreto

Tutor: Dr. Filippini Fernando

Co-tutor: Dr. Juan Carlos Trezzo

Rosario, 2022

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial conforma el grupo de afecciones cardiovasculares y es el principal agente de riesgo de defunciones e indisposición a nivel mundial; este peligro se incrementa cuando coexiste con otras enfermedades como la diabetes.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y otros factores de riesgos cardiovascular modificables en los adultos mayores de 65 años.

Materiales y métodos: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo, llevado a cabo en la Fundación de Estudios clínicos latinoamericanos (ECLA) en el periodo de abril del 2022. La población fue de 60 adultos mayores de 65 años, de ambos sexos que asistieron al programa ECLA para control de su enfermedad. Las variables recolocadas fueron edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y nivel de conocimiento. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de resumen de posición centrales: media, mediana, modo y no centrales: cuartil 1 y cuartil 3. Y medidas de dispersión: rango y desvío estándar. Para las variables cualitativas se calcularon valores absolutos y relativos.

Resultados: el 55% fueron hombres y 45% mujeres el promedio de edad fue de 70 ± 5.18 años, la edad mínima 66 años y la máxima 92 años. Así mismo, el 58% posee un nivel alto de conocimiento respecto a la hipertensión y los diversos factores de riesgos cardiovasculares modificables asociados a la misma, 42% restantes posee un nivel medio. No se hallaron pacientes en el nivel bajo de conocimientos. El 85% no conoce la frecuencia con la que debe ir una persona que tiene presión alta al médico. El 33% de los pacientes conoce que los órganos más afectados por la diabetes son los riñones, el corazón y los ojos, mismos órganos que acompañados al cerebro son a su vez afectados por la hipertensión arterial y que el 48% de los pacientes refirió no tener conocimiento de esto.

Conclusión: Los adultos mayores que participaron en el estudio tenían un nivel de conocimiento alto sobre hipertensión. Sin embargo, existe una falta de conocimiento sobre los factores de riesgo asociados con la hipertensión como la obesidad, el tabaquismo, los malos hábitos alimenticios, entre otros, y las complicaciones médicas que estos provocan.

Palabras clave: hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovasculares modificables, adultos mayores de 65 años, conocimiento.

Índice

Lista de abreviaturas	4
Introducción	5
Marco Teórico	7
Hipertensión arterial	7
Factores de riesgos cardiovasculares	9
Objetivos	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Materiales y Métodos	16
Diseño	16
Ámbito	16
Población y Selección de Muestra	16
Criterios de Inclusión	16
Criterios de Exclusión	16
Muestreo y Tamaño Muestral	16
Instrumentos	17
Definiciones	17
Variables	18
Análisis Estadístico	19
Consideraciones Éticas	19
Resultados	20
Discusión	23
Conclusión	27
Referencias Bibliográficas	28
Anexo 1: Cuestionario	32
ANEXO 2: Consentimiento Informado	38
ANEXO 3: Carta del Tutor.	39
ANEXO 4 : Carta del Co-Tutor.	40
ANEXO 5: Carta de autorización de la institución.	41

Lista de abreviaturas

- HTA: Hipertensión Arterial
- FRCV: Factores de riesgo cardiovasculares
- PA: Presión arterial
- IAM: Infarto agudo de miocardio
- ACV: Accidente cerebrovascular
- EAC: Enfermedad arterial coronaria
- ECV: Enfermedad cardiovascular
- OB: Obesidad
- DBT: Diabetes
- COL: Colesterol
- PAS: Presión arterial sistólica
- PAD: Presión arterial diastólica
- TG: Triglicéridos
- HDL: Lipoproteína de alta densidad
- LDL: Lipoproteína de baja densidad
- IMC: Índice de masa corporal

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) conforma el grupo de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y es el principal agente de riesgo de defunciones e indisposición a nivel mundial; este peligro se incrementa cuando coexiste con otras enfermedades como la diabetes mellitus (DBT) (Brettler et al., 2022), también es considerada una afección silenciosa al no presentar signos propios dejándola pasar por inadvertido, de allí la importancia de su control, evitando el aumento progresivo de su prevalencia, la cual se estima al 2025 que 1.500 millones/habitantes la padecerán (Huamán, 2022).

Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por ECV en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La HTA afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta (Organización Panamericana de Salud, 2022). La HTA se puede prevenir y controlar; sin embargo, a pesar de algunos avances en la última década, el control de la hipertensión sigue siendo bajo (Brettler et al., 2022). En el 2019, en América Latina y el Caribe al 2019 a pesar de los avances en HTA, el control es bajo observándose que un 35% de mujeres y un 23% de varones tenían una presión arterial (PA) controlada ($<140/90$ mm Hg) casos similares en Europa siendo la vigilancia de la PA insuficiente a nivel mundial (Williams et al., 2019).

En Argentina, según los datos de la campaña Conoce y controla tu PA (2021), hubo un aumento de más 100.000 personas con cifras compatibles de HTA en los últimos 5 años. Dentro de las problemáticas, la Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (2019) comenta que para las personas que necesitan tomar medicamentos varias veces al día es importante tener en cuenta: el traslado, la reserva y reposición de la medicación. La adherencia deficiente a la medicación se asocia al mal control de la PA. Por lo tanto, evaluar la adherencia e implementar estrategias efectivas para superar las barreras, resulta un aspecto crucial en el tratamiento de la HTA.

A nivel mundial el 19% de todas las defunciones se atribuyen a HTA, mientras que en nuestro país en 2018, alrededor de 96 mil personas fallecieron a causa de enfermedades del sistema circulatorio. En Argentina el número de hipertensos ya superan los 16 millones, de los cuales el 80% son menores de 65 años (Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, 2019).

Una forma de evitar eso sería implementando estrategias para mejorar el conocimiento de la HTA, como por ejemplo: Tomar la PA al menos una vez al año, tanto por medio de las campañas de detección, como en mediciones por el propio paciente o en farmacias. En dos tomas de presión con un promedio de PA > 130/85 mm Hg necesitaría un mayor control clínico, teniendo en cuenta que factores como antecedentes familiares refuerzan la necesidad de un controle sistemático de su salud (Williams et al., 2019; Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, 2018).

La HTA, asociado o no a otras comorbilidades, está ampliamente extendida en los adultos mayores de 65 años, de los que la mayoría no incluyen en su vida mejoras en los hábitos como la práctica de ejercicio físico diario o mismo la disminución del consumo de sal, tampoco conocen la gravedad de su enfermedad ni que sus hábitos diarios pueden influenciar en su salud. La falta de conocimiento acerca de su enfermedad y de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) contribuye para un mal control de su enfermedad de base y aumentan las probabilidades de aparición de nuevas patologías cardiovasculares y/o metabólicas.

Por tanto, conocer y entender el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y formas de mantener una buena salud es de gran utilidad para instaurar planes que optimicen las medidas de promoción de salud. Entre adultos mayores de 65 años hipertensos ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre su enfermedad y los factores de riesgo cardiovasculares modificables?

.

Marco Teórico

Hipertensión Arterial

La HTA es una enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida. Por su parte, PA se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo cardiovascular. Dado el incremento significativo del riesgo asociado con presión arterial sistólica (PAS) > 140 mm Hg y presión arterial diastólica (PAD) > 90 mm Hg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico (Tabla 1). No obstante, el riesgo es continuo, aunque menor, desde valores más bajos y el riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros FRCV (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

Tabla 1.

Clasificación de la presión arterial.

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
PA normal	< 130	y/o < 85
	PA limítrofe	130-139 y/o 85-89
	HTA nivel 1	140-159 y/o 90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o 100-109
	HTA nivel 3	≥ 180 y/o ≥ 110
	HTA sistólica aislada	≥ 140 Y < 90

Nota: Tomado de Sociedad Argentina de Cardiología, (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial.

La HTA sigue siendo la principal causa de muerte en el mundo, siendo considerada el factor principal para el desarrollo de ECV. Actualmente se considera que es una patología que aumenta día a día, pudiéndose decir que se debe a la falta de conocimientos en relación al control de la HTA en la Argentina, tal como se observa en los estudios RENATA en los cuales se puede presenciar que en los últimos años no se ha presentado un cambio significativo en relación al grado de conocimiento y control de la HTA en la Argentina (Figura 1) (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

Figura 1.

Evolución del grado de conocimiento y control de la hipertensión arterial en la Argentina.

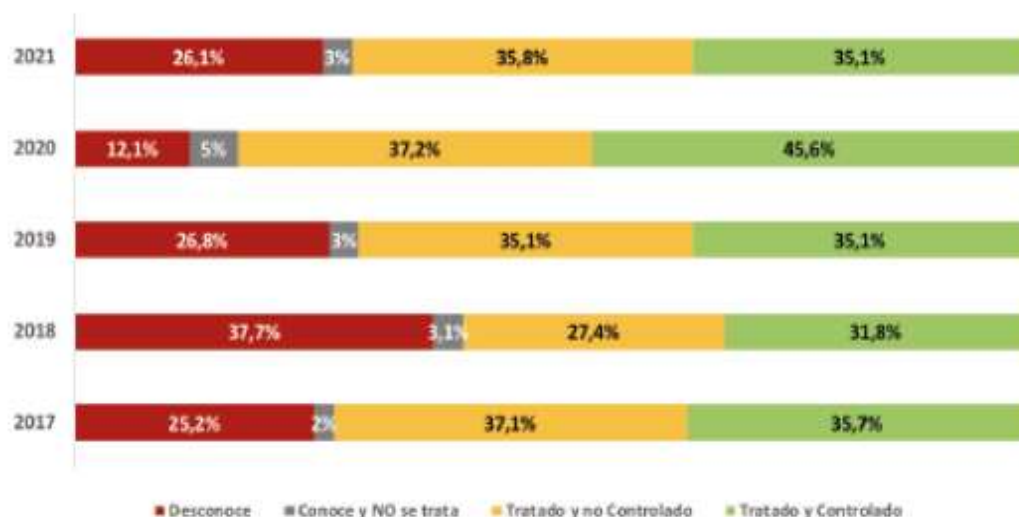


Nota: Tomado de Sociedad Argentina de Cardiología, (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial.

En el año de 2021 la campaña “Conoce y controla tu presión arterial” actualizó los datos sobre la HTA en nuestro país. Alrededor de 100.000 personas por año se mueren por enfermedad cardiovascular en Argentina. La HTA sigue siendo la primera causa de muerte prematura y discapacidad en nuestro país. El daño de la HTA es provocado por entre otros por 3 motivos: la alta prevalencia (entre 35-45% de la población), el gran impacto a nivel vascular (primera causa de accidente cerebrovascular (ACV)), el muy bajo grado de control: solo 2 de cada 10 hipertensos están bien controlados. Entre los causales de este inadmisibles y bajo control de la HTA existe básicamente 4 actores: el paciente y su falta de adherencia, el médico y su inercia terapéutica, el estado y sus políticas de salud especialmente en personas de bajos recursos, las Sociedades Científicas en su rol de educación y en campañas de concientización (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2022).

Figura 2.

Evolución del grado de conocimiento y control de la hipertensión arterial en la Argentina.



Nota: Tomado de Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, (2022). Campaña Conoce y controla tu presión arterial.

Factores de riesgos cardiovasculares

Los FRCV, son toda circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de una persona para contraer una enfermedad de origen cardiológico. Entre ellos podemos clasificar en no modificables: edad (varones > de 55 años, mujeres > de 65 años) y antecedentes familiares, especialmente si varios casos se agrupan en la misma familia (historia de familiar directo - padre, madre, hermano/a - de ECV prematura, varón < 55 años o mujer < 65 años); y los que son potencialmente modificables: tabaquismo; hipercolesterolemia ($COL \geq 200$ mg/dL o $LDL-c \geq 130$ mg/dL), indicadores de resistencia a la insulina; también agrupados como criterios de síndrome metabólico, HDL bajo (varones < 40 mg/dL o mujeres < 50 mg/dL), TG elevados (≥ 150 mg/dL), obesidad abdominal (perímetro de la cintura varones ≥ 102 cm y mujeres ≥ 88 cm), glucemia alterada en ayunas (100-125 mg/dL). Diabetes mellitus: como fue mencionado, se considera por separado pues su presencia es equivalente a DOB subclínico o a la agrupación de múltiples factores de riesgo e implica riesgo alto o muy alto desde $PA \geq 130/85$ mmHg. (Romero et al., 2020; Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

La modificación de estos factores de riesgo en la persona adulta mayores depende en mayor grado de la capacidad y el compromiso que tiene el individuo para cuidar de sí mismo. Partiendo desde este punto de vista podemos definir como los principales FRCV modificables las siguientes condiciones: dislipidemia, HTA, OB, tabaquismo, sedentarismo, DBT, alcohol, estrés (Elizondo et al., 2020).

Dislipidemia

Es la alteración de los valores en la concentración de lípidos sanguíneos, calificado como un factor de riesgo importante que influye en las ECV; además se considera que niveles altos de lípidos durante la niñez y adolescencia están asociados a una hiperlipidemia en la etapa adulta, que es cuando hay demasiada cantidad de lípidos en la sangre. Estos lípidos incluyen fundamentalmente el COL y los triglicéridos (TG) y son importantes para que nuestro organismo funcione. Sin embargo, cuando los niveles son muy altos pueden poner a las personas a riesgo de desarrollar una ECV o un ACV. El nivel de alteración de lípidos estará asociado a la edad, el sexo, herencia y alimentación, y conforme aumenta los niveles de lípidos en sangre se incrementa el riesgo de enfermedad arterial coronaria (EAC) (Brenes et al., 2020; Kreisberg y Reusch 2015).

La reducción de los niveles de COL total, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y de los TG, sumando un mantenimiento de los valores de lipoproteínas de alta densidad (HDL) por encima de 40 mg/dl produce una disminución de la incidencia y mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) y ECV en general, tanto en prevención primaria como en secundaria. Un descenso de 39 mg/dl (1 mmol/litro) de LDL, consigue una reducción del 20% de las ECV (Catacora y Quispe, 2018).

Obesidad

Se considera al exceso de peso asociado con mayor predominio a la HTA desde edades jóvenes, y que, en la vida adulta, incluso entre individuos no sedentarios, un incremento de 2,4 kg/m² en el índice de masa corporal (IMC) resulta en mayor riesgo de desarrollar la hipertensión. El IMC se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = kg/m^2$), se considera normal entre 18.5 a 24.9, sobrepeso 25 a 29.9, OB moderada 30 a 34.9, OB severa de 35 a 39.9, OB mórbida mayor de 40. También hay que tener en cuenta la medida de la cintura, porque es un indicador del nivel de grasa corporal ya que se considera OB abdominal cuando la circunferencia de cintura es mayor a 102 cm en varones y mayor de 88 cm en mujeres (Romero et al., 2020; Yanira, 2022).

Sedentarismo

La OMS calcula que alrededor del 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. El sedentarismo en uno de

los tres principales enemigos de la salud. La falta de ejercicio físico predispone a sufrir sobrepeso y el «trío de principales enemigos» de la salud cardiovascular: HTA, COL elevado y DBT (Martínez et al., 2020).

Además, se ha demostrado que las personas sedentarias suelen fumar y llevar una alimentación desequilibrada. El sobrepeso, causado, normalmente, por un desequilibrio entre las calorías que ingerimos y las que gastamos, predispone a sufrir ECV como IAM y ACV, así como DBT, osteoartritis una enfermedad degenerativa de las articulaciones y algunos tipos de cáncer (García, 2018).

La actividad física regular de menores intensidad y duración reduce la PA en menor medida que el entrenamiento moderado o intenso, pero se asocia con una reducción de al menos el 15% de la mortalidad en estudios de cohortes. Con base en la evidencia, se recomienda aconsejar a los pacientes hipertensos que realicen al menos 30 min de ejercicio aeróbico dinámico (caminar, correr, montar en bicicleta o nadar) moderado o intenso 5-7 días a la semana. Además, puede ser aconsejable la práctica de ejercicios de resistencia 2-3 días a la semana. Se recomienda el aumento gradual del ejercicio aeróbico moderado o intenso a 300 min o a 150 min de ejercicio vigoroso a la semana. Entre ellos tenemos que el entrenamiento de resistencia aeróbica, el entrenamiento de resistencia dinámica y el ejercicio isométrico reducen la PAS/PAD en reposo 3,5/2,5, 1,8/3,2 y 10,9/6,2 mmHg, respectivamente (Williams et al., 2019).

Alcohol

En general, la evidencia disponible respecto a una correlación positiva entre el consumo de alcohol y la HTA es considerable, aunque continúa sin resolverse la importante cuestión de si el riesgo es simplemente lineal o se intensifica por encima de los niveles de consumo recomendados. Dado que la asociación entre la PA y la ECV es continua (incluso en individuos normotensos y prehipertensos), puede ser aconsejable limitar el consumo de alcohol en los individuos con prehipertensión. Pero, en estos casos si no se equilibra y/o se consume con moderación podría presentarse un aumento de riesgo de hipertensión, efecto que a su vez, contrarrestaría el posible efecto beneficioso cardiovascular del consumo de alcohol moderado (Djoussé y Mukamal, 2019).

En los individuos con factores de riesgo para la HTA y para otras formas de ECV, como la OB, el estilo de vida sedentario y el tabaquismo, se necesita un estudio adicional para evaluar el balance neto de riesgos y peligros para la salud que puede provocar un consumo ligero de alcohol. También está justificado realizar nuevos estudios que

examinen cuestiones pendientes de resolver, como si los patrones de consumo o el tipo de bebida influyen en la relación existente entre el consumo de alcohol y la PA (Díaz et al., 2019).

El alcoholismo también es considerado como un FRC modificable, la ingesta en cantidades mayores que las recomendadas (30 mL/día de etanol; equivalente a 720 mL de cerveza o 300 mL de vino o 60 mL de bebidas blancas) puede producir aumento de la PA con predominio de la PAS y con mayor frecuencia en mujeres. En mujeres y personas delgadas, la dosis máxima de alcohol no debe superar el 50% de la permitida para los hombres, esta limitación del consumo de alcohol ayudaría a disminuir la PAS en un rango de 2-4mmhg aproximadamente (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

Estrés

Es un importante FRCV. Y aunque no hay estudios definitivos que lo certifiquen, la práctica médica así lo evidencia: cuanto menos estrés tiene una persona, menor riesgo de padecer un evento cardiovascular y viceversa. En esta categoría entrarían las hormonas sexuales, los anticonceptivos orales y, por supuesto, el estrés. Y es que la crisis derivada de la mala situación económica y laboral ha multiplicado las situaciones de estrés en muchos ámbitos (Marquina, 2020).

Aunque cada vez más médicos ven el estrés como FRCV, aún no se han demostrado los efectos del estrés emocional, de los hábitos conductuales y del estado socioeconómico en el riesgo de padecer una enfermedad del corazón o un ataque cardíaco. Como señala el cardiólogo Alberto Cordero, del hospital San Juan, de Alicante, «todos nos enfrentamos al estrés de maneras diferentes cuánto y cómo nos afecta el estrés depende de cada uno de nosotros» (Cares et al., 2021. Pp.411).

Hábitos alimentarios

Una alimentación excesiva o una mala alimentación pueden caracterizarse por la carencia de diversos nutrientes esenciales en la dieta balanceada. Las crecientes tasas de sobrepeso y OB en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las ECV y la DBT. Definitivamente los hábitos alimentarios que culturalmente existen a nivel mundial, y de manera particular en nuestro país (comida rápida, típica), se relacionan con un aumento del riesgo cardiovascular en la población, y esto es el reflejo de los datos de morbilidad del país, por ECV y OB (Yanira, 2022).

Estudios realizados señalan que dietas ricas en frutas y hortalizas, y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, contribuyen a la reducción del peso y reducción de la PA (Firmo et al., 2019).

Diabetes

Se ha comprobado que la DBT aumenta considerablemente el riesgo de ECV y ACV, el 50% de las personas con DBT mueren a causa de, principalmente, IAM y ACV; convirtiéndose en al menos el doble de riesgo general de muerte entre las personas que padecen DBT a diferencia de quienes no la padecen; por lo tanto, es importante ejercer un control y tratamiento adecuados de la enfermedad para prevenir enfermedades asociadas a esta (Firmo et al., 2019).

La DBT produce un aumento de la glucosa en la sangre, desencadenado por la incapacidad del organismo para producir suficiente insulina o responder a su acción en forma adecuada. El valor normal de la glucosa en sangre es entre 70 mg/dL y 100 mg/d, estos valores miden la cantidad de este azúcar que circula por la sangre. El estado de hiperglicemia produce una arterosclerosis acelerada, que daña progresivamente los vasos sanguíneos (Williams et al., 2019).

La presencia de DBT es equivalente a daño de órgano blanco subclínico o a la agrupación de múltiples factores de riesgo e implica riesgo alto o muy alto desde PA $\geq$ 130/85 mmHg. El diagnóstico de DBT se efectúa cuando el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: Glucemia en ayunas $\geq$ 126 mg/dL. Glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia $\geq$ 200 mg/dL. Hemoglobina glicosilada $\geq$ 6,5%. Síntomas clásicos de DBT (poliuria, polidipsia, polifagia) y una glucemia al azar $\geq$ 200 mg/dL. Los tres primeros criterios requieren confirmación por una segunda prueba si la primera medición no fue indudablemente elevada (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

Tabaquismo

Es la adicción al tabaco provocada: principalmente: por uno de sus componentes activos, la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo eleva la frecuencia cardíaca: endurece las grandes arterias y puede causar irregularidades del ritmo cardíaco. Todos estos factores hacen que el corazón trabaje más. Además, el tabaquismo eleva la PA, que es otro factor de riesgo importante. Aunque la nicotina es el principio activo más importante del humo de cigarrillo, otras

sustancias y compuestos químicos como el alquitrán y el monóxido de carbono también perjudican el corazón de muchas maneras (Morales et al., 2018).

El tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de PA, el abandono, es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares. Se ha comprobado que tanto la morbilidad por cardiopatía isquémica como los ACV y la enfermedad vascular periférica están asociados directamente al consumo de tabaco. Los fumadores en promedio viven 22 años menos que los no fumadores y cada diez segundos fallece una persona por culpa del cigarrillo (Morales et al., 2018).

Objetivos

Objetivo General

- Identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y otros factores de riesgos cardiovascular modificables en los adultos mayores de 65 años.

Objetivos específicos

- Caracterizar la población según sus características sociodemográficas.

Materiales y Métodos

Diseño

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo.

Ámbito

El estudio tuvo lugar en la Fundación de Estudios clínicos latinoamericanos (ECLA), una organización sin fines de lucro, ubicada en calle Paraguay 160 de la ciudad de Rosario Argentina, con el objetivo de prevenir, tratar y controlar enfermedades cardiovasculares, por medio de observación e investigación desarrollando estrategias de manejo y prevención. No posee niveles, es un programa privado de HTA donde en consultorio se realiza seguimiento y entrega de medicamentos para el tratamiento de la PA a los pacientes registrados. El estudio se llevó a cabo en el mes de abril de 2022.

Población y Selección de Muestra

Estuvo conformada por todos los adultos mayores de 65 años, de ambos sexos que concurrieron al ECLA para control de su enfermedad. Los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 65 años sin distinción de sexo, con diagnóstico de hipertensión arterial acompañado o no de otras comorbilidades y que acepten participar en el estudio de forma voluntaria.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnósticos de comorbilidades diferentes a la hipertensión arterial.

Muestreo y Tamaño Muestral

La muestra fue no probabilística por conveniencia.

Instrumentos

Se utilizó la encuesta (ANEXO I) diseñada por la autora Jazmín Gotelli Santivañez efectuada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima-Perú, la cual obtuvo la validez y confiabilidad de profesionales que laboran en el área de cardiología y del área de investigación (Gotelli, 2017).

El instrumento consta de una presentación, instrucciones para el llenado, datos generales y 24 ítems estructurados en preguntas cerradas de respuesta múltiple y opción única para medir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares de los pacientes hipertensos.

Los datos recolectados se transcribieron a una planilla de Microsoft Excel para su posterior procesamiento. Una vez realizada la base de datos se procedió a darle una puntuación de 1 punto a las respuestas respondidas correctamente y de 0 puntos a la incorrecta, lo cual permitió clasificar los conocimientos de acuerdo a la puntuación obtenida en cada una de las encuesta en los siguientes niveles:

- ☐ Alto (De 17 a 24 respuestas correctas)
- ☐ Medio (De 8 a 16 respuestas correctas)
- ☐ Bajo (De 0 a 7 respuestas correctas)

Definiciones

- **Adultos mayores:** Se considera una persona adulta mayor a aquella que tiene una edad cronológica de 65 años y más
- **Factores de riesgos cardiovasculares:** Comorbilidades que representan un riesgo para la salud de los pacientes como dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico, entre otros.
- **Hipertensión arterial (HTA):** Afección frecuente en los adultos mayores caracterizada por presentar presión arterial por encima de 140/90 y se considera grave cuando está por encima de 180/120.
- **Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovasculares:** Cada una de las 24 preguntas del cuestionario se clasifica como correcta e incorrecta y luego se realiza el conteo de la cantidad de respuestas correctas para cada individuo. A partir de dicho conteo se clasifica el nivel de conocimiento de cada paciente de la siguiente manera:

- ✓ Nivel de conocimiento alto, si respondió correctamente entre 17 y 24 preguntas del cuestionario.
- ✓ Nivel de conocimiento medio, si respondió correctamente entre 8 y 16 preguntas del cuestionario.
- ✓ Nivel de conocimiento bajo, si respondió correctamente sólo entre 0 y 7 preguntas del cuestionario.

Variables

Operacionalización de las variables

Edad. Variable Cuantitativa Discreta.

Operacionalización: En años cumplidos

Género. Variable Cualitativa Nominal Dicotómica

Operacionalización: Según se identifique el paciente

Escala: Femenino

Masculino

Grado de instrucción. Variable Cualitativa Ordinal Politómica

Operacionalización: Formación academia obtenida a lo largo de la vida.

Escala: Primaria

Secundaria

Terciaria

Universitaria

Estado civil. Variable cualitativa nominal Politómica

Operacionalización: Situación sentimental reportada por los pacientes mediante la encuesta

Escala: Casado

Unión de hecho

Soltero

Viudo

Nivel de conocimiento. Variable compleja

Operacionalización: Conocimiento en relación a la hipertensión arterial y de los factores de riesgo cardiovasculares.

Escala: Alto (De 17 a 24 respuestas correctas)

Medio (De 8 a 16 respuestas correctas)

Bajo (De 0 a 7 respuestas correctas)

Análisis Estadístico

El procesamiento de los datos se realizó con el Software estadístico SPSS. Los datos fueron presentados en valores absolutos y relativos y se diseñaron tablas y gráficos para su publicación. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de resumen de posición centrales: media, mediana, modo y no centrales: cuartil 1 y cuartil 3. Y medidas de dispersión: rango y desvío estándar. Para las variables cualitativas se calcularon valores absolutos y relativos.

Consideraciones Éticas

Se respetaron los principios éticos para la investigación con humanos indicados por la Asociación Americana de Psicología (2022), la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2019) y la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales, de aplicación en todo territorio nacional, reservado la identidad de los pacientes y los datos obtenidos. (anexo 2).

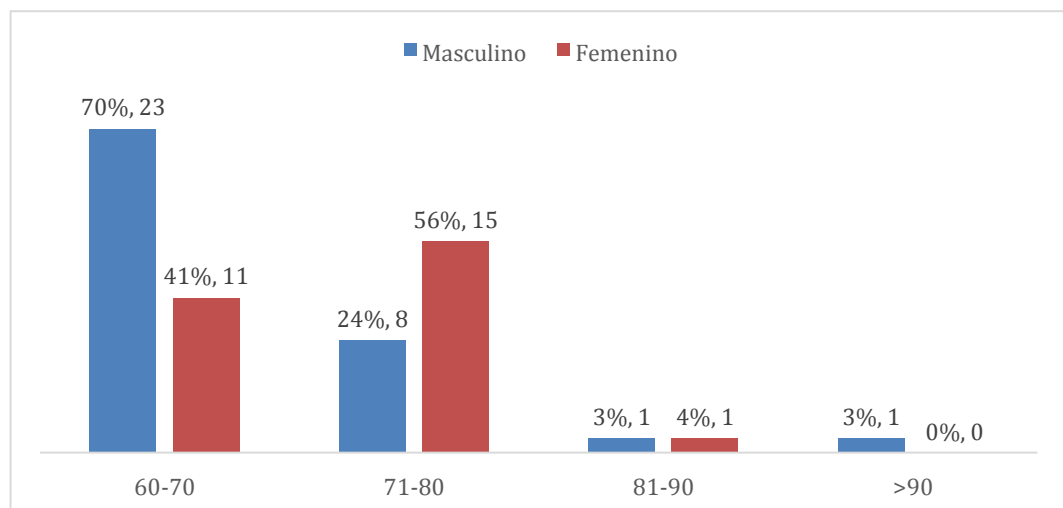
Resultados

Características sociodemográficas

La muestra del estudio estuvo conformada por 60 pacientes el 55% fueron hombres (n=33) y 45% mujeres (n=27). En cuanto a la edad de los pacientes se clasificó por grupos etarios, siendo el grupo de 60 a 70 años el de mayor incidencia con un 57% (n=34), seguido de los pacientes con edades entre los 71 y los 80 años con un 38% (n=23), finalmente los grupos de 81 a 90 años con dos pacientes (3%) y un paciente mayor de 90 años (2%), el promedio fue de 70 ± 5.18 años, la edad mínima 66 años y la máxima 92 años. La gráfica 1, presenta la distribución de los pacientes por sexo y edad.

Grafico 1.

Distribución de los pacientes de acuerdo a su sexo y edad.



En relación a nivel de instrucción y estado civil de los pacientes se tuvo que el 50% (n=30) de los pacientes tenía la secundaria completa, 33% el nivel primario, 8% terciario y 8%). Superior. De igual manera, el 42% de los pacientes eran casados, 33% eran viudos, 12% soltero y 13% en unión libre.

Tabla 4.

Distribución de los pacientes según su nivel de instrucción y estado civil.

Grado de instrucción	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Primaria	20	33%
Secundaria	30	50%
Terciaria	5	8%

Superior	5	8%
TOTAL	60	100%

Estado Civil	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Soltero	7	12%
Casado	25	42%
Unión de hecho	8	13%
Viudo	20	33%
TOTAL	60	100%

Nivel de conocimiento sobre HTA y otros FRCV modificables

Para poder determinar el nivel de conocimiento sobre HTA y otros FRCV modificables se dio una puntuación de 1 punto a cada una de las respuestas correctas dada por los pacientes adultos mayores de 65 años, de ambos sexos que concurrían al programa ECLA para control de su enfermedad y de 0 puntos para las respuesta incorrectas, lo que permitió establecer las respuestas en tres niveles establecidos como bajo para las encuestas con un total de 0 a 7 puntos, medio para las puntuaciones de 8 a 16 puntos y alto para las puntuaciones entre 17 y 24 puntos. Obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 5.

Nivel de conocimientos de los pacientes respecto a la HTA y otros FRCV modificables

Nivel de Rango de Frecuencia Frecuencia conocimientos puntuación absoluta (n) relativa (%)					
	<i>Bajo</i>	De 0 a 7 puntos	0	0%	
	<i>Medio</i>	De 8 a 16 puntos	25	42%	
	<i>Alto</i>	De 17 a 24 puntos	35	58%	
Total	60	100%			

De acuerdo a la tabla 2, se puede ver que la mayoría de los pacientes n=35 (58%) posee un nivel alto de conocimiento respecto a la HTA y los diversos FRCV modificables asociados a la misma, mientras que el 42% (n=25) restantes posee un nivel medio. No se hallaron pacientes en el nivel bajo de conocimientos.

Sin embargo según las respuestas obtenidas se pudo conocer que el 85% de los pacientes (n=51) no conoce la frecuencia con la que debe ir una persona que tiene presión alta al médico. De igual manera solo el 33% de los pacientes (n=20) conoce que los órganos más afectado por la diabetes son los riñones, el corazón y los ojos, mismos órganos que acompañados al cerebro son a su vez afectados por la HTA y que el 48% (n=29) de los pacientes refirió no tener conocimiento de esto.

Por otra parte, en relación a las consecuencias de tener el COL elevado el 50% (n=30) de los pacientes no tiene conocimiento de que esta condición puede repercutir considerablemente en su estado de salud haciéndole incidir en patologías como la OB, la HTA y la DBT.

En cuanto a la tabaquismo, el 53% (n=32) de los pacientes no saben que el fumar solo ente 1 a 5 cigarrillos por día puede representar mayores posibilidades de padecer enfermedades del corazón, siendo afectados no solo la persona que fuma sino también las personas que inhalan el humo del cigarrillo llamados también fumadores pasivos (50% de los pacientes manifestó no saber a quienes se les conoce con este término).

Discusión

La HTA considerada como enfermedad silenciosa y como el principal FRCV, representa una de los problemas más importantes de la salud pública tanto por su magnitud, así como también por la carga emocional que genera la enfermedad. Así mismo, la HTA es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores, por lo que resulta de gran interés fortalecer sus conocimientos para intervenir eficazmente en el tratamiento y en el estilo de vida de los pacientes con esta patología. La HTA se puede controlar con cambios del estilo de vida además del tratamiento farmacológico. Todos los pacientes se beneficiarían con una adecuada educación mejorando su nivel de conocimiento.

Se evaluó el nivel de conocimiento sobre HTA y otros FRCV modificables en los pacientes adultos mayores de 65 años, de ambos sexos que concurrían al programa ECLA para control de su enfermedad, el 55% de la población estudiada fueron hombres, el promedio de edad fue de 70 ± 5.18 años, lo cual coincide con el estudio de Ruiz et al (2022), Quien estudio la epidemiología de la HTA en el Perú, donde la mayor población fueron varones (51%), y con una edad promedio 40.7 años; mientras que en el presente estudio fue de 70 años. Por otra parte, discrepa con los resultados de la Campaña Conoce y Controla (2021), donde se obtuvo una mayor participación del sexo femenino con un 56.8% por sobre el masculino con un 43.2%, con un promedio de edad de 53.1 ± 17.5 años (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. 2022).

Con respecto a la distribución por edad y sexo, los resultados del estudio coincide con otros en los que se observa que a medida que se envejece aumenta el riesgo de padecer de HTA, ya que en estos se plantea que la enfermedad es más frecuente en los hombres antes de los 50 años y en las mujeres a partir de esta edad, estos resultados se deben a que en esta etapa de la vida, la mujer no está protegida por factores hormonales (estrógenos) los que elevan el HDL. En este período se elevan las LDL las que favorecen la formación de placas de ateromas, tornando las arterias rígidas, con pérdida de su elasticidad y a la elevación consecuente de la PA (Pérez y Rodríguez, 2015).

La mayor parte de los hipertensos diagnosticados son causa desconocida, posiblemente solucionable, y por tanto, pacientes en los cuales la HTA será de curso crónico deben seguir tratamiento y régimen apropiado durante muchos años, probablemente durante toda su vida, el desconocimiento en este aspecto es un factor desfavorable para el cumplimiento del tratamiento en estos pacientes. Se pudo observar

que la cantidad de pacientes que reconocen la obesidad (OB) y el tabaquismo como FRCV asociados a la HTA sigue siendo baja, estos resultados también coinciden con Bejarano y Cuixart, (2021), en los que se encuentra que sólo el 30% de los pacientes encuestados reconocen algunas de estas condiciones como FRCV asociados a la HTA. Esto se ve resaltado en la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2019), en la cual se registró obesidad en un cuarto de la población, indicador que aumentó 22% respecto de la edición 2013 y 74% respecto a la primera edición (2005), sin embargo en relación al tabaquismo el consumo de tabaco continúa con su tendencia descendente desde 2005, evidenciándose un 25% de reducción desde entonces. Asimismo, disminuyó significativamente respecto de la 3a edición de la ENFR alcanzando al 22,2% de la población (Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2020).

De igual manera se conoció que la OB y el tabaquismo son FRCV de importancia relevante, que influyen en el aumento de las cifras de tensión arterial, no obstante, otros aspectos se deben tener en cuenta para un adecuado control, pues con el adecuado reconocimiento de estos factores es posible conseguir una tendencia descendente en la distribución de la PA, y así reducir potencialmente la morbilidad, mortalidad, y el tiempo de riesgo de individuos que serán hipertensos. Así mismo, las alteraciones genéticas que pueden predisponer a EAC como las alteraciones del COL (LDL, HDL, lipoproteína (a), Apo B), trastornos en el gen para la enzima convertidora de angiotensina y la resistencia periférica a la insulina. Por ello, personas con historia de EAC prematura en la familia, merecen ser estudiados para precisar la existencia de otros FRCV, por lo que es imprescindible que los pacientes lo reconozcan como factores que se asocian o predisponen a la HTA (Romero et al., 2020).

Se conoce por cumplimiento y observación del tratamiento, el nivel de concordancia entre lo que el paciente verdaderamente hace y lo que el médico le ha prescrito, la adherencia lleva implícita una connotación positiva como acto voluntario. Estos autores reportan que entre el 30–50 % de los pacientes no llevan el tratamiento correctamente y que puede considerarse una buena adherencia al medicamento cuando el fármaco hipotensor o las orientaciones facultativas se cumplen en el 75 % de las veces (Bonal et al., 2018). En relación a esto los resultados obtenidos demuestran que los pacientes encuestados en su mayoría desconocen la importancia del control del peso, así como la eliminación del hábito de fumar como medidas de gran valor para controlar las cifras de PA elevadas. En Argentina, la epidemia de sobrepeso y obesidad, es un tema alarmante si se tiene en cuenta que la obesidad entre adultos creció de un 20,8% a un 25,4% en tan solo 5 años. El hecho de que el indicador de sobrepeso se haya mantenido

estable solo expresa que un número significativo de personas que tenían sobrepeso pasaron a la categoría de obesidad, y que una proporción de quienes tenían peso normal pasaron a la categoría sobrepeso (Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2020).

De igual manera se conoció que el tabaquismo es también un reconocido e importante FRCV y su asociación a la HTA es demostrada como uno de los factores modificables y beneficiosos, por lo que el personal de salud debe realizar todos los esfuerzos para eliminar en su población este hábito, así como incorporar conocimientos sobre técnicas educativas anti tabáquicas y favorecer la aplicación de acciones en servicios especializados con este propósito.

Los factores psicosociales y el estrés son un factor modificable, aunque suelen considerarse como factores de riesgo menores, cada día es más evidente la relación entre situaciones de estrés y alteraciones emocionales con EAC. Es una relación muy compleja donde influye la intensidad del estrés y su duración, la personalidad, la estabilidad psicosocial, el grado de apoyo social y un trasfondo cultural que pueden interactuar y predisponer un evento coronario.

Por ello es importante el fomento de prácticas de estilos de vida saludable y medidas destinadas a prevenir la HTA así como otras ECV, a través de los cambios de estilo de vida como disminución del consumo de grasas, sal, mayor actividad física de forma que estas puedan ayudar a controlar la HTA, al mismo tiempo que previenen la aparición de otros FRCV modificables como la DBT, el COL elevado o el tabaquismo. Al mismo tiempo que se complementan con charlas educativas destinadas a la concientización de los adultos mayores para dar mayor énfasis en la prevención de la HTA especialmente a través de la alimentación balanceada y la incorporación de actividades físicas en sus rutinas diarias.

Finalmente, se puede ver que el 58% de los pacientes posee un nivel alto de conocimiento respecto a la HTA y los diversos FRCV modificables asociados a la misma, mientras que el 42% restante posee un nivel medio. Datos que concuerdan con los resultados obtenidos en la Campaña Conoce y Controla (2021), en la cual el 45.6% de los participantes son pacientes hipertenso tratados y controlados, mientras que 37,2% son tratados pero no controlados y un 12.1% desconoce la importancia de conocer y controlar la hipertensión arterial (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. 2022).

Limitaciones

Se considera que al tratarse de un estudio de un solo centro los datos recolectados pueden no ser suficientes para revelar la situación real del planteamiento abordado, por lo que se considera necesario realizar otros estudios en los cuales se estudien otros centros de salud de manera conjunta y con una población con mayor significancia estadística de tal manera que se pueda demostrar el nivel de conocimiento real de los adultos mayores respecto a la hipertensión arterial.

Conclusión

Hubo mayor prevalencia de hipertensión en los hombres que en las mujeres, de los cuales los casados o en unión de hecho representaron la mayoría.

El nivel educativo representó la inmensa mayoría de la población, con un nivel bajo representando más del 80%.

Los adultos mayores que participaron en el estudio tenían un nivel de conocimiento alto sobre hipertensión. Sin embargo, existe una falta de conocimiento específico, o sea sobre los factores de riesgo asociados con la hipertensión como la obesidad, el tabaquismo, los malos hábitos alimenticios, entre otros, y las complicaciones médicas que estos provocan tales como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, retinopatías u otros ocasionado mucho más daño en personas adultas mayores por los cambios propios de su edad y por ello un mayor riesgo para su salud.

Referencias Bibliográficas

- Bejarano, J. M. L., & Cuixart, C. B. (2021). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención primaria*, 43(12), 668-677.
- Bonal, A. F., Valido, J. A. S., Martínez, O. S., & Bonal, A. F. (2018). Evaluation of antihypertensive therapeutic adherence in the elderly. *Revista Información Científica*, 97(6), 1124-1134.
- Brenes, F. M., Oliva, J. A. A., & Páramo, C. A. P. (2020). Estudio de la carga de la enfermedad isquémica del corazón en Costa Rica en el periodo comprendido entre 1990 al 2017. *Revista Médica Sinergia*, 5(5), e480-e480.
- Brettler, J. W., Arcila, G. P. G., Aumala, T., Best, A., Campbell, N. R., Cyr, S., ... & Ordunez, P. (2022). Factores impulsores y métodos de puntuación para mejorar el control de la hipertensión en la práctica clínica de la atención primaria: recomendaciones del grupo de innovación de HEARTS en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46.
- Cares, J., Cid, M. J., Delgado, G., García, C., & Luengo, C. (2021). Estrés laboral y percepción de síntomas de enfermedad cardiovascular en trabajadores de la Región del Ñuble, Chile. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 30(4), 407-417.
- Catacora Phatti, Y. E., & Quispe Maque, B. E. (2018). Hábitos alimentarios y su relación con el riesgo cardiovascular y estado nutricional en estudiantes ingresantes a las carreras de ciencias de la salud de la Universidad Nacional de San Agustín 2017.
- Díaz, C. E., Andrade, Á. V., Intriago, I. G., Armas, V. N., Guanoluisa, K. C., Ludeña, R. E., ... & Tapia, A. C. (2019). Enfermedad cardiovascular y consumo de alcohol:

evidencia actual. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(6), 744-747.

Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. (2020). *4° Encuesta Nacional De Factores De Riesgo*.

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacionalfactores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf

Djoussé, L., & Mukamal, K. J. (2019). Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión: ¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo?. *Revista española de cardiología*, 62(6), 603-605.

Elizondo, D. C., Amador, K. A., Ureña, F. S., Robledo, A., & de Microbiología, D.

(2020). Factores De Riesgo Cardiovascular. *Revista Ciencia & Salud: Integrando Conocimientos/Febrero-Marzo*, 4(1).

Firmo, J. O. A., Peixoto, S. V., de Loyola Filho, A. I., de Souza-Júnior, P. R. B., de

Andrade, F. B., Lima-Costa, M. F., & de Melo Mambrini, J. V. (2019).

Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL.

García, M. A. (2018). La prevención de los efectos sobre la salud derivados del trabajo sedentario en jóvenes asociados a las nuevas tecnologías. © INSST-Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Gotelli Santivañez, Jazmín (2017). *Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos de servicios de medicina del HNDM – 2015*. [Tesis posgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5885>

Huamán Martínez, R. M. (2022). *Nivel de conocimiento sobre prevención de hipertensión arterial en adultos atendidos en el centro de salud Utcubamba, Amazonas– 2021* (Doctoral dissertation, Universidad Politécnica Amazónica).

- Kreisberg, R. A., & Reusch, J. E. (2015). Hiperlipidemia (Exceso de grasas en la sangre). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(3), E2-E2.
- Marquina, C. F. (2020). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. *Libro de La Salud Cardiovascular Del Hospital Clínico San Carlos*, 583-590.
- Martínez-Gómez, D., Eisenmann, J. C., Gómez-Martínez, S., Veses, A., Marcos, A., & Veiga, O. L. (2020). Sedentarismo, adiposidad y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Estudio AFINOS. *Revista española de cardiología*, 63(3), 277-285.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial* (2019). <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/guia-de-practica-clinicanacional-hipertension-arterial-2019-version-breve.pdf>
- Morales Aguilar, R., Lastre-Amell, G., & Pardo Vásquez, A. (2018). Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular.
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Hipertensión*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Pérez Pupo, R. D., & Rodríguez Lazo, M. (2015). Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. *Correo Científico Médico*, 19(3), 406-417.
- Romero, F. L., Alonso, V. B., Arcos, F. S., Peralta, L. P., Fernández, J. M. C., Abadal, L. T., ... & Juanatey, J. R. G. (2020). *Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial*. *Revista Española de Cardiología*, 53(1), 66-90.

Ruiz-Alejos, A., Carrillo-Larco, R. M., & Bernabé-Ortiz, A. (2022). Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38, 521-529.

Sociedad Argentina de Cardiología. (2018). *Consenso Argentino de Hipertensión Arterial*. *Rev Argent Cardiol*, 86(Suppl 2), 1-53.

Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. (2022). *Resultados de la campaña Conoce y Controla tu Presión Arterial 2021 | SAHA | Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial*. <http://www.saha.org.ar/congresos-doc/posters/s4/RESULTADOS%20DE%20LA%20CAMPA%C3%91A%20%E2%80%9CCONOCE%20Y%20CONTROLA%20TU%20PRESI%C3%93N%20ARTERIAL%E2%80%9D%202021.pdf>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., & Burnier, M. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*, 72(2), 160.

Yanira, M. V. N. (2022). *Factores de Riesgos Cardiovasculares Presentes en los Adultos Mayores del Barrio Boca del Lobo, Cantón Esmeraldas* (Doctoral dissertation, Ecuador-PUCESE-Escuela de Enfermería).

Anexo 1:

Cuestionario

INTRODUCCIÓN:

La presente encuesta tiene como objetivo determinar los conocimientos sobre factores de riesgos cardiovasculares de los mayores de 65 años hipertensos que frecuentan al programa ECLA de hipertensión arterial.

Sus respuestas serán anónimas y la confidencialidad de los datos de identificación es conforme la Ley de protección de los datos personales n° 25326, por lo cual se le agradece su colaboración respondiendo a las preguntas con sinceridad.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una serie de enunciados, los cuales deberá responder eligiendo con un aspa (x) una sola alternativa como respuesta.

I. DATOS GENERALES:

- **Edad:** _____ años
- **Género:** Masculino (___) Femenino (___)
- **Grado de Instrucción:** Primaria (___) Secundaria (___) Terciaria (___) Superior (___)
- **Estado Civil:** Casado (___) Unión de hecho (___) Soltero (___) Viudo (___)

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Qué entiende usted por Presión alta (hipertensión arterial)?
 - a. Disminución continúa de la presión.
 - b. Elevación continúa del pulso.
 - c. Palpitaciones del corazón.
 - d. Elevación continúa de la presión.
 - e. Disminución del pulso.
2. ¿Cuáles cree usted que son las manifestaciones indican que la presión está alta?
 - a. Visión borrosa, zumbido de oído, orina oscura.
 - b. Peso bajo, falta de apetito, vómitos, mareos.
 - c. Colesterol elevado, temperatura alta, tos.
 - d. Obesidad, escalofríos nocturnos, vomito, tos.
 - e. Visión borrosa, bajo peso, orina clara.

3. ¿Qué órganos se pueden dañar por tener la presión alta (hipertensión arterial)?
- a. Pulmón, corazón, cerebro.
 - b. Estómago, vejiga, ojos, piel.
 - c. Piel, estomago, riñón, pulmón.
 - d. Corazón, cerebro, ojos, riñón.
 - e. Dientes, piel, ojos, cerebro.
4. Usted considera presión alta a los valores mayores a:
- a. 120 / 60 mmhg
 - b. 100 / 50 mmhg
 - c. 140 / 90 mmhg
 - d. 90 / 30 mmhg
 - e. 240/40 mmhg
5. ¿Con que frecuencia debe ir una persona que tiene presión alta al médico?
- a. Una vez a la semana.
 - b. Una vez al mes.
 - c. Solo cuando se sienta mal.
 - d. Una vez al año.
 - e. Nunca.
6. ¿Qué entiende usted por colesterol elevado?
- a. Grasa natural presente en el cuerpo.
 - b. Acumulo de grasa en el abdomen.
 - c. Aumento de grasa mala en el cuerpo.
 - d. Grasa animal presente en el cuerpo.
 - e. Sustancia mala que afecta al pulmón.
7. ¿Cuáles cree usted que son las consecuencias de tener el colesterol elevado?
- a. Vómitos, mareos, delgadez, presión alta.
 - b. Obesidad, presión alta, azúcar elevada.
 - c. Presión alta, dolor de cabeza, delgadez.

- d. Azúcar disminuida, obesidad, vómitos.
 - e. Tos, obesidad, fiebre por las noches.
8. ¿Qué tipos de colesterol conoce usted?
- a. Alto y Grande.
 - b. Corto y Largo
 - c. Bueno y Malo.
 - d. Contagioso y no contagioso.
 - e. Extenso y Corto.
9. ¿Qué alimentos debe de consumir una persona con presión alta?
- a. Comer todo lo que le gusta, no hay restricción alimentaria.
 - b. Mucha cerveza, muchas grasas, muchas frituras, poca sal.
 - c. Muchas verduras, pocas grasas, poca sal, mucha fruta.
 - d. Mucha gaseosa, mucha verdura, mucha sal, poca fritura.
 - e. Poca verdura, muchas grasas, poca sal, muchos helados.
10. ¿Qué produce en el organismo el consumo excesivo de sal, condimentos, grasas?
- a. Enfermedades en el hígado.
 - b. Problemas en el pulmón.
 - c. Enfermedades en el corazón.
 - d. Problemas de ansiedad.
 - e. Enfermedades cancerígenas.
11. ¿Cuál de las siguientes alternativas usted considera una alimentación saludable?
- a. Chocolate, frutas, galletas, gaseosa.
 - b. Frituras, galletas, fideos, ensaladas.
 - c. Torta, helado, habas, plátano frito.
 - d. Frutas, ensaladas, sancochados.
 - e. Cerveza, helado, pollo frito, pan.
12. ¿Cuáles son las consecuencias de fumar mucho?
- a. Daño de corazón, cáncer de pulmón, aumento de presión.
 - b. Mejorar la capacidad pulmonar, disminuye la presión.

- c. Disminuye la presión, daña el corazón, aumento de peso.
 - d. Disminución de peso, tos frecuente, daño de pulmón.
 - e. Cáncer de pulmón, cáncer de vejiga y problemas musculares.
13. ¿Cuántos cigarrillos fumados por día representa un riesgo de sufrir enfermedades del corazón?
- a. 1 a 5 Cigarrillos.
 - b. 3 a 7 Cigarrillos.
 - c. 5 a 10 Cigarrillos.
 - d. 10 a 15 Cigarrillos.
 - e. 12 a 24 Cigarrillos.
14. ¿A quiénes se les llama fumador pasivo?
- a. Al que no le gusta fumar, ni oler el cigarro.
 - b. Persona que siente necesidad de fumar.
 - c. Al que mira de lejos al fumador.
 - d. Persona que huele el humo del cigarro.
 - e. Persona que fuma 5 cigarros al día.
15. ¿Cómo define usted Diabetes?
- a. Disminución de la azúcar en sangre.
 - b. Aumento de la bilirrubina en sangre.
 - c. Disminución de sales en sangre.
 - d. Aumento de la azúcar en sangre.
 - e. Regulación de sales en sangre.
16. ¿Qué órganos se dañan cuando se tiene diabetes?
- a. Ojos, corazón, hígado.
 - b. cerebro, hígado, riñón.
 - c. Riñón, corazón, ojos.
 - d. Pulmón, corazón, ojos.
 - e. Huesos, pulmón, riñón.
17. ¿Cuáles considera usted que son los valores normales de azúcar en la sangre?
- a. 20 a 30 mg/dl.

- b. 40 a 60 mg/dl.
 - c. 70 a 110 mg/dl.
 - d. 90 a 200 mg/dl.
 - e. 300 a 500 mg7dl.
18. ¿Cómo define usted obesidad?
- a. Ser bajo y tener poco peso.
 - b. Exceso de peso para la talla.
 - c. Ser alto y tener peso bajo.
 - d. Peso normal para la talla.
 - e. Disminución de peso y talla.
19. ¿Qué consecuencias trae la obesidad?
- a. Presión arterial baja.
 - b. Cáncer de hígado.
 - c. Infarto del corazón.
 - d. Cáncer de pulmón.
 - e. Dolor de cabeza.
20. ¿Cómo se puede evitar la obesidad?
- a. Comiendo más comida grasosa.
 - b. Tomando gaseosa todos los días.
 - c. Comer todo sin restricción.
 - d. Hacer ejercicios todos los días.
 - e. Comer frutas y chocolates a diario.
21. ¿Cuántos minutos al día es saludable realizar ejercicios para reducir el riesgo de un infarto?
- a. 5 a 15 min.
 - b. 10 a 20 min.
 - c. 30 a 45 min.
 - d. 50 a 60 min.
 - e. 60 a 90 min.
22. ¿Por qué es importante realizar ejercicios físicos?

- a. Solo disminuye el estrés.
 - b. Aumenta la respiración.
 - c. Incrementa el colesterol.
 - d. Mantiene la presión arterial.
 - e. Solo Mantiene buena figura.
23. El estrés puede ocasionar:
- a. Enfermedades pulmonares, y presión baja
 - b. Dificultad para conversar y presión baja
 - c. Músculos relajados, y presión alta
 - d. Alergia al pescado y enfermedades del corazón
 - e. Enfermedades del corazón y presión alta.
24. ¿Qué consecuencias trae el estrés?
- a. Disminuye la presión, aumenta la respiración.
 - b. Eleva la presión, y enfermedad del corazón.
 - c. Dolor de cabeza y pulso aumentado.
 - d. Sudoración nocturna, dolor del cuerpo.
 - e. Enfermedad del corazón y pulmón.

ANEXO 2:

Consentimiento Informado

Se me ha informado que mi participación en el presente estudio “**Estudio del conocimiento de adultos mayores de 65 años con hipertensión arterial sobre su enfermedad y los factores de riesgo cardiovasculares modificables**” es voluntaria y que toda información aquí obtenida será confidencial conforme a la ley de los datos personales N° 25.326. Por el presente acepto participar en este estudio en los términos precedentes.

Firma: _____

Fecha: __/__/____

ANEXO 3: Carta del Tutor.

Dr. Jorge Guillermo Kilstein
Director de la carrera de medicina
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario

De mi mayor consideración:

Quien suscribe esta nota por medio de la presente me hago cargo de la tutoría del trabajo final que se titula "Estudio del conocimiento de adultos mayores de 65 años con hipertensión arterial, sobre su enfermedad y los factores de riesgo cardiovasculares modificables", cuyo autor es el alumno Guilherme Rodrigues Barreto, de la práctica final obligatoria de la carrera de medicina. Habiendo supervisado el plan correspondiente y aceptando tutorarlo en el proceso y en el acto de la defensa, según cumplimiento de lo acordado con el alumno y las reglas dispuestas por la universidad.

Sin otro particular, lo saludo atte.

DR. FERNANDO R. FILIPPINI
MEDICO - MAY. 9737
Especialista en Clínica Médica
M.C. 12/120

Dr. Filippini Fernando

ANEXO 4 : Carta del Co-Tutor.

Dr. Jorge Guillermo Kilstein
Director de la carrera de medicina
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario

De mi mayor consideración:

Quien suscribe esta nota por medio de la presente me hago cargo de la co-tutoría del trabajo final que se titula "Estudio del conocimiento de adultos mayores de 65 años con hipertensión arterial, sobre su enfermedad y los factores de riesgo cardiovasculares modificables", cuyo autor es el alumno Guilherme Rodrigues Barreto, de la práctica final obligatoria de la carrera de medicina. Habiendo supervisado el plan correspondiente y aceptando tutorarlo en el proceso y en el acto de la defensa, según cumplimiento de lo acordado con el alumno y las reglas dispuestas por la universidad.

Sin otro particular, lo saludo atte.



Dr. Prezzo Juan Carlos

ANEXO 5: Carta de autorización de la institución.

Directora del Programa ECLA de Hipertensión Arterial

Dra. Carolina Chacon

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente solicito su autorización para realizar encuestas a los pacientes que concurren a la atención médica de esta institución, de lunes a viernes, en el turno mañana y tarde con la finalidad de poder llevar a cabo el trabajo de campo de mi trabajo final "Estudio del conocimiento de adultos mayores de 65 años con hipertensión arterial sobre su enfermedad y los factores de riesgo cardiovasculares modificables", bajo la tutoría del Dr. Filippini Fernando.

Desde ya muchas gracias, lo saludo a Ud. muy atentamente,

Guilherme Rodrigues Barreto


Autorizo:

 *carolina chacon*

Dra. Carolina Chacon

Guilherme Rodrigues Barreto

DNI: 95328996

E-mail: guilhermerbarreto@outlook.es