

Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao



Autor: Jaione Peña Sainz de la Maza
Director: Julio Sánchez Álvarez
Titulación: Grado de Enfermería
Curso: 4º
Convocatoria: 25 de Junio de 2014
Universidad Pública de Navarra



RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es conocida tanto como una enfermedad como un factor de riesgo cardiovascular. Continúa siendo una de las patologías más frecuentes afectando a más del 20% de la población. A pesar de estas cifras, el nivel de cumplimentación terapéutica es bajo.

En este trabajo se estudia, en una muestra de residentes en Bilbao, el grado de conocimiento y la adherencia terapéutica que tienen sobre esta enfermedad.

El estudio se realizó en una muestra de 50 pacientes hipertensos residentes en Bilbao a través de un cuestionario que analizaba sus conocimientos y el grado de cumplimentación terapéutica.

El 75'6% eran hombres y el 24'4% mujeres. La edad media era de 58 años. El nivel de conocimientos era mayor en hombres, influyendo el nivel de formación académica, puesto que a mayor formación, mayor nivel de conocimientos.

En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones higiénico dietéticas, el 40% de la población no cumple con las recomendaciones del tipo de ejercicio, el 51'1% con las recomendaciones en cuanto al tiempo y el 53'3% en cuanto a la constancia, siendo mayor el cumplimiento en las mujeres en los tres casos (72'2%, 63'3% y 63'3% respectivamente). En cuanto a la dieta, se observa que la población tiene mayor adherencia en el consumo de frutas y verduras (73'3%), mientras que a pesar de que se sabe que el consumo de sal incrementa los niveles de presión arterial, lo incumple el 31'1%. El 20% de la población evita el tabaquismo y el 30'8% el consumo de alcohol.

Conclusión: se aprecian amplios campos de mejora en el manejo de la HTA. Este estudio apoya estrategias de mejora en la transmisión de la información a los pacientes hipertensos y sus familiares.

ABSTRACT

High blood pressure (arterial hypertension) known as much as a disease as a factor of cardiovascular risk remains one of the most common diseases affecting more than 20% of the population. Despite, these figures, the level of therapeutic compliance is low.

In this work we study the degree of knowledge and adherence having this disease in a sample of residents in Bilbao.

The study was conducted on a sample of 50 hypertensive patients residing in Bilbao through a questionnaire that examined their knowledge and the degree of therapeutic compliance.

The 75'6% were male and 24'4% female. The mean age was 58 years. The level of knowledge was higher in men, influencing the level of education, as more training to higher level of expertise.

With regard to compliance with no pharmacological recommendations, 40% of the population does not meet the recommendations of the type of exercise, 51'1% with recommendations on how long and 53'3% in terms of consistency, compliance was higher in women in all three cases (72'2%, 63'3% and 63'3% respectively). With regard to diet, it is observed that the population has increased adherence in the consumption of fruits and vegetables (73'3%), while even though it is known that salt intake increases the blood pressure levels, it fails the 31'1%. 20% of people avoid smoking and 30.8% alcohol.

Conclusion: large areas of improvement can be seen in the management of hypertension. This study supports strategies to improve the transmission of information to hypertensive patients and their families.

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial; conocimientos; adherencia terapéutica; Bilbao

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Objetivos.....	9
3. Metodología / material y métodos.....	10
4. Resultados	11
5. Discusión.....	18
6. Características y limitaciones del estudio	22
7. Conclusiones.....	23
8. Agradecimientos	24
9. Bibliografía.....	25
10. Anexos.....	27

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de mortalidad en España y, a pesar de las mejoras en la detección y control de sus factores de riesgo, la prevalencia continúa aumentando, por lo que a pesar de que la situación de su control haya mejorado en los últimos años, no es muy trascendente. ⁽¹⁾ Entre los factores de riesgo cardiovascular modificables tenemos la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia (HCOL), el tabaquismo, la obesidad y la diabetes mellitus (DM).

A la vista de estudios realizados en nuestro medio, se estima que la prevalencia de estos factores es la siguiente: HTA (39% para las mujeres y 47% para los hombres), hipercolesterolemia (40% - 43%), tabaquismo (21% - 33%), obesidad (29%) y diabetes (11% - 16%). ⁽²⁾

Las principales enfermedades cardiovasculares son aquellas que perjudican directamente al corazón y los vasos sanguíneos, relacionadas con la formación y desarrollo de procesos ateroscleróticos como son la cardiopatía coronaria, que consiste en la enfermedad de las arterias que van a irrigar el músculo del corazón; las enfermedades cerebrovasculares, que son enfermedades de los vasos sanguíneos que van a irrigar el cerebro; las arteriopatías periféricas, que consisten en la enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan las extremidades superiores e inferiores; la cardiopatía reumática, que trata de la lesión del miocardio y de las válvulas cardíacas debido a unas bacterias denominadas estreptococos que producen fiebre reumática; las cardiopatías congénitas, que desde el nacimiento constituyen malformaciones del corazón y por último, las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares, que tratan acerca de unos coágulos que se forman en las venas de las extremidades inferiores, que desprendiéndose pueden alojarse en los vasos del corazón y pulmones. ⁽³⁾

Para desarrollar estas enfermedades, es necesario que en nuestro organismo existan varios factores que con el paso del tiempo generen este tipo de patologías. Entre los denominados factores de riesgo cardiovascular se puede realizar una clasificación dividiéndolos en modificables y no modificables. Entre los factores de riesgo no modificables, se encuentran la edad, el género, antecedentes familiares etc., mientras que los modificables, se refieren en su mayoría a los “estilos de vida” de la población como son el consumo de alcohol, el tabaquismo, el sedentarismo, la realización de actividad física, el consumo de frutas y hortalizas, etc. así como otras patologías que además de considerarse enfermedades como tal, también son factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, y que mediante el tratamiento farmacológico y no farmacológico, se podría conseguir el objetivo de disminuir la morbimortalidad cardiovascular. Estos factores de riesgo cardiovascular considerados también como enfermedad son la hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, obesidad y diabetes mellitus (DM). ⁽⁴⁾

La hipertensión arterial (HTA) junto con la hipercolesterolemia y el consumo de tabaco, es uno de los principales factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y principal causa de muerte en los países desarrollados. Además, por sí misma, es considerada uno de los problemas más importantes de salud puesto que tiene una prevalencia del 20% de la población, permaneciendo estable e incluso ascendiendo en el número de casos.

Para pacientes jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos, la hipertensión arterial se

GRUPO	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	y	≤ 90

Tabla 1.- Clasificación de las cifras de presión arterial

Fuente: Esquinas Serrano S. Enfermería Medicoquirúrgica 4: Sistema cardiovascular. 5th ed. Madrid: CTO; 2011: p.1012-1022.

define como una presión arterial sistólica (PAS) igual o mayor a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) igual o mayor a 90 mmHg.

La elevación tanto de la presión sistólica como de la presión diastólica puede variar, no siendo siempre constante y estable, encontrándonos con diversas formas de hipertensión:

La HTA sistólica aislada, que es propia del anciano, consiste en cifras sistólicas superiores a 140 mmHg y diastólicas inferiores a 90 mmHg.

La HTA en fase maligna, consiste en cifras de presión muy elevadas, generalmente de la presión diastólica, superior a 140 mmHg, acompañándose de lesión vascular grave, especialmente de edema de papila en el fondo de ojo.

La HTA en fase acelerada, se considera en pacientes que teniendo una lesión vascular grave, no llegan a padecer edema de papila, siendo esas lesiones de tipo hemorrágicos o exudados retinianos.

La emergencia hipertensiva se corresponde con la elevación de la presión arterial junto con lesión grave de órganos diana (cerebro, corazón, riñones, vasos sanguíneos y ojo) que va a amenazar la vida del individuo produciendo encefalopatía, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardiaca aguda, disección de la aorta, accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico, etc.

La crisis hipertensiva, cursando con elevaciones de la presión arterial sistólica a 180 mmHg y/o presiones diastólicas por encima de 110-120 mmHg, puede provocar compromiso orgánico grave o limitado.

La hipertensión resistente o refractaria consiste en la incapacidad de la reducción de las cifras de presión arterial a los niveles deseados a pesar de haber realizado cambios en los estilos de vida y el uso de al menos tres fármacos (incluido un diurético). Las principales causas que se supone que pueden afectar son el inadecuado cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas, empleo de sustancias que favorecen la hipertensión, la apnea del sueño, etc. En este caso se deberá descartar la hipertensión de bata blanca, la pseudohipertensión o el empleo de un manguito no adecuado al paciente.

La HTA enmascarada o HTA ambulatoria aislada que consiste en medidas normales de presión arterial en la consulta, pero cifras elevadas en el domicilio.

Y por último, la HTA de ejercicio se caracteriza por cifras de presión arterial óptimas en reposo, pero con un incremento excesivo durante la realización de esfuerzo (PAS > 230 mmHg).⁽⁵⁾

Las causas específicas que producen la hipertensión arterial se desconocen, apareciendo normalmente entre la adolescencia y los 50 años. Puesto que la hipertensión no produce síntomas, puede permanecer silente durante años y no ser diagnosticada hasta tiempo después. Por lo general, la hipertensión arterial suele ser hereditaria y producida por factores ambientales, consumo en exceso de sal en los alimentos que ingerimos, el bajo contenido en potasio, calcio y magnesio en la dieta, niveles bajos de vitamina D, ingesta elevada de alcohol, la obesidad, el estrés, la inactividad física, etc., pero sobre todo hay factores muy íntimamente relacionados con la aparición de esta patología como son la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la raza negra y el sexo masculino.

Por otro lado, la HTA también puede surgir a partir de enfermedades orgánicas concretas diagnosticadas, llamada HTA secundaria, producida por enfermedades como las afecciones renales, afectando a un mayor número de niños y adultos debido a la aterosclerosis de las arterias renales o a la displasia fibromuscular; causas endocrinológicas, en el embarazo, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, feocromocitoma, hipercalcemias, etc., siendo la ingesta de anticonceptivos orales la causa más habitual de hipertensión arterial secundaria; causas neurológicas, por hipertensión intracraneal; causas cardiovasculares debido a la

aterosclerosis de grandes arterias, insuficiencia aórtica, fiebre y anemia, las cuales producen el aumento del volumen sistólico y por último, por causas farmacológicas como el consumo de cocaína, AINEs, antidepresivos, anfetaminas, alcohol, etc.

Por lo tanto, para tratar la hipertensión arterial secundaria, habrá que tratar de manera prioritaria el órgano afectado para posteriormente mantener el control de los niveles de presión arterial. ⁽⁵⁾

El diagnóstico se realiza mediante un esfigmomanómetro y un fonendoscopio, los cuales se colocan en la región anterior de la flexura del codo (en el caso de sujetos muy obesos se emplea un manguito más ancho y largo). Se insufla el manguito hasta alcanzar una presión donde se va a comenzar a escuchar el latido cardiaco, que corresponde con el valor de la presión sistólica. Una vez que el latido deja de escucharse, ese valor corresponde a la presión diastólica. ⁽⁶⁾

Actualmente se están imponiendo los aparatos electrónicos que deben estar adecuadamente calibrados y validados, de muy fácil manejo para que el paciente pueda tomarse la tensión arterial en su domicilio sin la necesidad de tener que acudir a la consulta.

Para realizar la toma de la tensión arterial, el paciente debe permanecer sentado y quieto en una silla durante al menos 5 minutos previo a la toma de tensión, con los pies correctamente apoyados en el suelo y el brazo a la altura del corazón. ⁽⁷⁾ El individuo no debe haber realizado ejercicio físico o esfuerzo mental, además de no haber consumido café o tabaco al menos una hora antes de la toma. Se realiza la primera toma de la tensión y se anota. Se esperan de 2 a 3 minutos en la silla y se vuelve a tomar la tensión de nuevo, anotándola, siendo esa la tensión definitiva. ⁽⁶⁾

En el caso de pacientes que tengan riesgo de hipotensión postural, la medida de la presión arterial está indicada realizarla en bipedestación. ⁽⁷⁾

Puesto que la presión sanguínea no es un parámetro estable en todo momento, varía de la noche a la mañana, de posición sentada a bipedestación, etc. en el cual en ocasiones la tensión puede estar elevada en el momento en el que se toma en la consulta, encontrándose dentro de los valores normales si se le toma en su domicilio. Este fenómeno es conocido por los médicos como *hipertensión de bata blanca*. Varios estudios han demostrado que la hipertensión de bata blanca se considera un riesgo elevado puesto que no se les puede administrar tratamiento farmacológico antihipertensivo ya que podría generar hipotensión o síntomas ortostáticos en el paciente, siendo en estos casos importante ser diagnosticado y vigilado con detenimiento. ⁽⁸⁾

Para ello, existen otras modalidades de medición de la presión arterial que combinadas junto a la medición de la presión arterial en la consulta médica, disminuyen el error de clasificación de hipertensión y aportan mayor seguridad para comenzar con el tratamiento antihipertensivo adecuado. Estas modalidades son la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y la automedida de la presión arterial (AMPA) las cuales proporcionan medidas de detección de presión arterial fuera de la consulta previniendo la reacción de situaciones de nerviosismo de los pacientes y detectando los cambios de presión a tiempo real.

La MAPA mide la presión de los pacientes durante un periodo de 24 horas, lo que va a influir en las actividades de la vida diaria y el sueño, teniendo el inconveniente de que se requiere personal experimentado y un equipo especial y costoso y no siempre disponible. Sin embargo, la AMPA, más económica, realiza mediciones de presión automáticamente y es más fácil de utilizar, capacitando a los usuarios para tomarse la presión de manera autónoma. Éste último, consta de la misma metodología que la medición empleada mediante el aparato electrónico de la consulta. ^(7,9)

Como ya se ha mencionado anteriormente, la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa la cual puede no dar sintomatología hasta pasados unos años de su aparición, sin ser hasta entonces diagnosticada. El primer síntoma que se puede manifestar tras años de silencio, puede

ser debido a una grave complicación cardiaca en forma de accidente cerebrovascular, también conocido como ictus. En algunos casos, los individuos que padecen hipertensión pueden referir cefalea, ruidos de oídos, sensación de inestabilidad o polaquiuria, aunque algunos autores refieren que éstos no son indicativos de HTA.

Cuando el paciente presenta sintomatología, se trata de sintomatología más alarmante en el cual se verán perjudicados el corazón y los vasos sanguíneos apareciendo síntomas como la fatiga o disnea de esfuerzo en la insuficiencia cardiaca y cefalea intensa y matutina en la región de la nuca que podría indicar hemorragia cerebral por una afectación vascular relevante, etc.

Por este motivo es recomendable que los pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial, incluso niños, se realicen controles de cifras de presión. ⁽⁶⁾

Al ser la HTA un proceso importante de riesgo cardiovascular, y habiendo demostrado mediante ciertos estudios que su adecuado tratamiento disminuye el riesgo, el objetivo del tratamiento va a consistir en la reducción de la presión arterial a valores inferiores de 140/90 mmHg. ⁽⁷⁾

El tratamiento no necesariamente debe incluir fármacos, ya que la modificación de los estilos de vida mejoran los niveles de presión arterial, siendo necesario formar a los profesionales sanitarios y crear campañas para que todos los individuos sean conscientes de la gravedad de las enfermedades cardiovasculares, modificando sus conductas no sólo en aquellos que padezcan hipertensión arterial sino también en el resto de la población.

Principalmente será recomendable vigilar los niveles de presión arterial en aquellos pacientes cuyos familiares también sean hipertensos y en individuos con edades superiores a 40-50 años, puesto que se ha demostrado que la prevalencia aumenta a medida que la edad avanza. ⁽⁶⁾

Primeramente se comienza con las medidas higiénico-dietéticas y posteriormente se añade al tratamiento el fármaco de elección, en los casos en los que en un periodo de 6-12 meses los hábitos de vida saludable no mejoren las cifras de presión arterial. ⁽¹⁰⁾

Los factores que afectan directamente a la hipertensión comprenden el sobrepeso y obesidad, inactividad física y sedentarismo, hábitos alimenticios no adecuados, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y el consumo de café, por lo que los pacientes deberán controlar y vigilar estos factores tomando medidas adecuadas para ello.

Medidas higiénico-dietéticas

Sobrepeso y obesidad

La prevalencia de obesidad va en aumento tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Diversos estudios refieren que el exceso de peso u obesidad se relacionan con mayor predominio de hipertensión arterial desde edades tempranas, elevando la presión arterial de los pacientes normotensos y agravando los niveles en hipertensos, por lo que se les recomendará disminuir el peso en la mayor medida posible. ^(6,11, 12)

Actividad física

La OMS publicó que el estilo de vida sedentario se incluía dentro de las 10 causas más importantes de discapacidad y muerte a nivel mundial, por lo que es imprescindible implementarlo en sujetos con sobrepeso así como en individuos que no realicen ninguna actividad física, puesto que no solo es efectivo para el tratamiento de la hipertensión sino también para otras patologías que afectan al organismo. Estudios han demostrado cómo la realización de ejercicio físico aeróbico disminuye los niveles de presión arterial, mejorando además el metabolismo de azúcares y las grasas. ^(6,11, 12)

Hábitos alimentarios y consumo de sal

Los hábitos de vida alimentarios cada vez se exponen de manera más intensa al riesgo cardiovascular debido al excesivo consumo de grasas saturadas y colesterol, azúcares, sal, poca frecuencia en el consumo de frutas y verduras y por el consumo de alimentos no recomendados para la salud.

Se ha comprobado que la dieta DASH (Dietary assessment to Stop Hypertension) y la dieta mediterránea poseen efecto cardioprotector debido al aumento en el consumo de vegetales, frutas, lácteos bajos en grasas, cereales, aves, pescados y nueces, y pobre en carnes rojas y dulces en general. La dieta, junto con la realización de actividad física y pérdida de peso, da como resultado el descenso de las cifras de presión arterial.

Además, es evidente que uno de los factores que más afectan a la elevación de los niveles de presión es el exceso del consumo de sal. Por ello, se recomienda a la población que no se consuman más de 5-6 gramos de sal al día, incidiendo en que algunos de los alimentos que se ingieren contienen sal en su interior y que por consiguiente no debieran añadirle más. ^(6,13)

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es un hecho paradójico puesto que la ingesta de alcohol en pequeñas cantidades se asocia a una reducción de mortalidad del 18% y de enfermedad cardiovascular del 30%. Según diversos estudios, los individuos que ingieren grandes cantidades de alcohol son más propensos a desarrollar accidentes cerebrovasculares. Además, en el caso de que el paciente esté en tratamiento farmacológico, éste disminuye su efecto antihipertensivo. Debido a la elevación que sufre la presión arterial tras el consumo de alcohol, se debe aconsejar a los pacientes hipertensos que reduzcan su consumo a 20-30 gramos de alcohol para los hombres y 10-20 gramos para las mujeres. ^(6,11, 13)

Tabaquismo

Es uno de los factores de riesgo cardiovascular más conocido y puede predisponer a que el paciente sufra un infarto agudo de miocardio (IAM) debido al espasmo de las arterias coronarias sanas. Aunque la tasa de fumadores ha disminuido en la población europea, su consumo es todavía muy habitual, y a pesar de que el abandono del consumo de tabaco no disminuye los niveles de presión arterial, reduce los riesgos de problemas cardiovasculares. ^(6, 12, 13)

Café

Diversos estudios han demostrado que el consumo de café no se relaciona con la elevación de las cifras de presión arterial excepto en sujetos sensibles a la cafeína que advierten situaciones de nerviosismo, taquicardia, insomnio, etc. y se aconseja que disminuyan su consumo e incluso que lo supriman. ^(6,13)

Tratamiento farmacológico

Cuando esté indicado, se comenzará con el tratamiento farmacológico. El comienzo del tratamiento con fármacos será a dosis bajas, incrementando la dosis si resulta necesario, o combinando varios fármacos. ^(13,10)

Los fármacos antihipertensivos se clasifican en dos grupos: de primer nivel que comprenden los diuréticos, beta bloqueantes, inhibidores de la enzima de

Antihipertensivos de primer nivel	Antihipertensivos de segundo nivel
Diuréticos	Hipotensores centrales
Bloqueantes adrenérgicos	Vasodilatadores periféricos
IECA	
Antagonistas de los receptores de angiotensina II	
Bloqueantes de los canales de calcio	

Tabla 2.- Clasificación de los grupos de fármacos antihipertensivos

Fuente: Pradillo García P. Farmacología en enfermería. 1st ed. Enfermería DAd, editor. Madrid: DAE ; 2003: p. 293-304.

conversión de la angiotensina, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y los bloqueantes de canales de calcio; y de segundo nivel, los hipotensores centrales y los vasodilatadores periféricos.

Los fármacos más adecuados para el tratamiento son los diuréticos (tiazidas, clortalidona e indapamida), beta bloqueantes, los bloqueantes de los canales de calcio, los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II) y los inhibidores de la renina. ^(10,14)

Diuréticos

Son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la HTA. Los más utilizados son los *tiazidas* ya que al disminuir el volumen plasmático, disminuyen los niveles de presión arterial, reduciendo de esta manera el gasto cardiaco. Las ventajas de la utilización de estos fármacos es que evitan la retención de líquidos producida por otro fármaco hipotensor. Además, potencian el efecto hipotensor al ser combinados con otros antihipertensivos.

Sin embargo, estos fármacos producen la disminución de los niveles de potasio y un aumento de la glucemia y la obesidad, pudiendo llegar a provocar pancreatitis o colecistitis. ⁽¹⁰⁾

Beta-bloqueantes

Actúan disminuyendo la contractilidad del miocardio y disminuyendo la frecuencia cardiaca. Se ha observado que son aconsejados en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y pacientes con taquicardia o ansiedad. Dentro de este grupo se encuentran el *nadolol*, *propranolol*, *atenolol*, *metoprolol*, etc.

Tienden a aumentar de peso y facilitan la aparición de diabetes mellitus en pacientes proclives, sobre todo si se combinan con los diuréticos. Además, habrá que tener precaución en el caso de que vayan a ser administrados a pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, trastorno de la conducción, asma o depresión. ^(10,13)

Bloqueantes de los canales de calcio

Estos fármacos actúan bloqueando la entrada de calcio en las fibras musculares lisas de los vasos sanguíneos, produciendo una vasodilatación y disminuyendo las resistencias periféricas. Disminuyen la presión arterial durante el reposo y el ejercicio y no incrementan las cifras de glucosa ni colesterol en el paciente. Están recomendados en pacientes ancianos, pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, diabéticos, pacientes con hiperlipemia y con arteriopatía periférica. Entre los fármacos bloqueantes de los canales de calcio se encuentran el *amlodipino*, *nifedipino*, *verapamilo*, etc. ⁽¹⁰⁾

Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)

Dentro de este grupo se encuentran el *captopril*, *enalapril*, *lisonipril*, *quinipril*, *ranipril*, *fosinopril*, etc. Inhiben la enzima que convierte la angiotensina I en angiotensina II, evitando la producción de esta última y disminuyendo los niveles de aldosterona, consiguiendo finalmente la vasodilatación.

Entre las diversas propiedades de estos fármacos se encuentran la eficacia en la prevención de la proteinuria y mejores resultados en pacientes con enfermedad renal crónica. No alteran el perfil lipídico ni elevan los niveles de glucosa. Sin embargo, su uso está contraindicado en mujeres embarazadas y en pacientes con estenosis bilateral de las arterias renales. ^(10,13)

Antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II)

Estos fármacos actúan inhibiendo la unión de la angiotensina I a su receptor, evitando de esa forma la vasoconstricción. Dentro de este grupo se encuentran el *candesartán*, *irbesartan*, *losartán* y *valsartán*. Las indicaciones son similares a las del grupo anterior.⁽¹⁰⁾

Inhibidores de la renina

Actúan bloqueando el sistema renina-angiotensina, reduciendo la actividad de la renina plasmática, la angiotensina II y la aldosterona. Su uso debe evitarse en pacientes con insuficiencia renal o que estén tomando inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II). Dentro de este grupo se encuentra el *aliskiren*.⁽¹⁴⁾

Hipotensores de acción central

Son fármacos de segundo nivel que actúan uniéndose a los receptores α_2 -adrenérgicos. En este grupo se encuentran la *metildopa* y la *clonidina*, teniendo en su administración mayores desventajas que ventajas puesto que producen sedación, retención salina, sequedad de boca, fatiga e hipotensión ortostática.⁽¹⁰⁾

Vasodilatadores periféricos

Son también fármacos de segundo nivel que producen de manera directa una dilatación de los vasos disminuyendo la resistencia vascular sistémica. Dentro de este grupo se encuentran la *hidralazina*, el *minoxidil*, el *diazóxido* y el *nitroprusiato sódico*.⁽¹⁰⁾

Los pacientes que no cumplen adecuadamente con el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico pueden desarrollar una serie de complicaciones al cabo de los años, generando enfermedades en los órganos diana, que pueden ocurrir en el corazón, cerebro, vascularización periférica, riñón y en el ojo.

Si la complicación se manifiesta en el corazón, el paciente podrá desarrollar una enfermedad arterial coronaria, en la cual se expone la pared íntima de la arteria coronaria a los leucocitos y plaquetas sanguíneas activadas, produciendo la proliferación del musculo liso debido a la alteración del endotelio arterial, desarrollando una placa de ateroma y pudiendo provocar el infarto de miocardio.

Otra complicación en el corazón es la hipertrofia del ventrículo izquierdo debido al incremento de la carga de trabajo del corazón. Cuando el corazón ya no consigue bombear la sangre suficiente para cubrir las demandas de oxígeno del miocardio, es cuando se produce la insuficiencia cardiaca. Los síntomas que podría referir el paciente en este caso serían la disnea de esfuerzo, disnea nocturna paroxística y el cansancio debido a la incapacidad del corazón para bombear esa cantidad de sangre requerida.

Si el daño ocurre en el cerebro, se van a producir enfermedades cerebrovasculares, más conocidas actualmente como ictus. La causa más común de sufrir un ictus es debido al desprendimiento de la placa aterosclerótica hacia la arteria carótida común y arterias carótidas interna y externa. Además, el cerebro cuando advierte un aumento de la presión en los vasos sanguíneos cerebrales, los vasos se contraen para mantener el flujo constante. Cuando esa presión supera la capacidad de autorregulación, los vasos se dilatan bruscamente provocando un edema cerebral con hipertensión intracraneal consiguiente, en el cual el paciente podría fallecer en el momento.

Si el daño ocurre en los vasos periféricos, la causa también será la aterosclerosis provocando aneurisma aórtico, disección aórtica y enfermedad vascular periférica, en la cual la claudicación intermitente es el síntoma más conocido.

La nefrosclerosis se producirá cuando el riñón se encuentre dañado debido a la isquemia causada por el estrechamiento de los vasos sanguíneos renales produciéndose atrofas del glomérulo renal, los túbulos renales y las nefronas.

Por último, si el paciente refiere tener visión borrosa y pérdida de la agudeza visual, tendremos que sospechar que sufre daño retiniano. Se empleará un oftalmoscopio para visualizar los vasos sanguíneos, puesto que es el único lugar donde los vasos se pueden ver directamente y así obtener información acerca de la gravedad y duración del proceso hipertensivo. ⁽¹⁵⁾

Dadas las importantes características de la patología además de las graves complicaciones a las cuales puede conllevar el mal control de la misma, y puesto que a medida que los años van trascurriendo la prevalencia va en aumento a pesar de la mencionada mejoría en el control y tratamiento de la hipertensión arterial, es preciso estudiar si el aumento de la prevalencia podría estar condicionado por el desconocimiento de la población acerca de la patología y la falta de adhesión al tratamiento farmacológico como no farmacológico de la misma.

Se conoce que un aumento de la detección con un mayor control y concienciación poblacional acerca de los estilos de vida saludable tiene efecto beneficioso sobre el bienestar de los individuos, sobre el control del factor de riesgo y, finalmente sobre la propia enfermedad cardiovascular. ⁽²⁾

Por lo tanto, podemos considerar estratégicas las acciones conducentes a su control y es por ello por lo que se va a proceder a realizar un análisis acerca de los conocimientos que tiene la población y la adhesión a las diversas modalidades de tratamiento prescrito por el profesional sanitario, tanto farmacológico (antihipertensivos) como no farmacológico (estilos de vida).

2. OBJETIVOS

Objetivo principal

Dado que la HTA es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente y que su falta de control puede conducir a complicaciones graves, el objetivo del estudio es conocer el grado de conocimientos sobre este factor de riesgo en población hipertensa de Bilbao, así como el grado de adherencia a las diversas modalidades terapéuticas, farmacológica (antihipertensivos) y no farmacológica (estilos de vida).

Objetivos secundarios

1. Conocer el grado de conocimiento que tienen los pacientes acerca de la hipertensión arterial comparando el género y el nivel de estudios que presentan los pacientes.
2. Estimar la diferencia existente en cuanto a la adhesión al tratamiento por género y grupo de edad.
3. Determinar si los pacientes con hipertensión arterial encuestados cumplen adecuadamente con las recomendaciones médicas que se le proporcionan para combatir esta enfermedad, tanto farmacológicas, como de los estilos de vida.

3. METODOLOGÍA / MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal cualitativo ⁽¹⁶⁾ en una muestra de población general residente en Bilbao elegida de forma oportunista, de entre 45 y 75 años de edad, sin deterioro cognitivo y diagnosticada de hipertensión arterial, a las que se les pasó una encuesta estructurada y validada, y a la que tuvieron que responder una vez obtenido su consentimiento.

Se trató de un cuestionario con 51 preguntas cerradas y semicerradas divididas en 7 bloques. El primer bloque constaba de preguntas relacionadas con la edad, género, estudios, etc. El resto de bloques trataba de preguntas acerca de los conocimientos de la HTA, los factores de riesgo relacionados, los riesgos de padecer HTA, la dieta, la medicación y la adherencia terapéutica.

La recogida de datos se realizó durante un mes y se obtuvo la respuesta de 50 personas hipertensas, a las que previamente se les informó verbalmente de la finalidad de la encuesta y cuyos datos se trataron de forma anonimizada.

Fueron excluidos 5 encuestados puesto que no se ajustaban al rango de edad determinado, obteniendo finalmente 45 pacientes con hipertensión arterial de la población de Bilbao.

Dadas las características del estudio, la ausencia de intervención, el tratamiento de los datos y la obtención de la muestra (ciudadanos no vinculados a centro asistencial u otros organismos en los que se pueda crear dependencia) no se ha estimado necesario someterlo a un comité ético, siendo el consentimiento informado verbal.

Para procesar de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS Statistics y se procedió al análisis de los datos dependiendo de los objetivos planteados. ⁽¹⁷⁾ Para la clasificación de los pacientes con o sin conocimientos, se analizaron diversas cuestiones expuestas a lo largo de las encuestas distribuidas a los individuos. Las cuestiones consistían en responder si conocían las cifras óptimas de presión arterial, si la enfermedad es crónica o si por el contrario podría recuperarse, si la presión arterial elevada puede conllevar a ciertas complicaciones y si mediante la dieta se puede establecer un control adecuado de los niveles de presión arterial.

En cuanto a la clasificación de edades de los pacientes por grupos, se clasificó dependiendo de la edad en 3 grupos diferentes, creados mediante el programa SPSS:

- Grupo 1 → de 46 a 54 años
- Grupo 2 → de 55 a 63 años
- Grupo 3 → de 64 a 75 años

4. RESULTADOS

De los 50 encuestados, fueron elegidos 45 pacientes puesto que los 5 que fueron excluidos no se ajustaban al rango de edad determinado. La edad media de la muestra fue de 58 años, siendo el 75'6% hombres (34 hombres) y el 24'4% mujeres (11 mujeres). 13 hombres y una mujer formaban el grupo 1 (14 pacientes); 13 hombres y 6 mujeres formaron el grupo 2 (19 pacientes) y, 8 hombres y 4 mujeres formaron el grupo 3 (12 pacientes).

Se realizó el análisis estadístico acerca de la diferencia existente entre el conocimiento que poseían los individuos dependiendo del género (hombre y mujer) y el nivel de estudios (estudios primarios, secundarios, bachillerato, formación profesional o universitarios) en los 45 encuestados.

A nivel general, se pudo observar que existía un predominio del desconocimiento de la patología (55'6%) frente al conocimiento (44'4%), hallando que de los 45 pacientes que habían sido encuestados, 25 no tenían conocimientos, mientras que los 20 restantes sí.

En cuanto al género se refiere, se observó que de los 20 pacientes que tenían conocimientos, el 85% (17 pacientes) eran hombres y el 15% mujeres (3 pacientes), que aun habiendo menor número de mujeres encuestadas, la mayoría de ellas (8 mujeres) referían no conocer la patología (72'7%) (tabla 3).

Examinando si existe relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de estudios que poseen los individuos encuestados, se observó mediante la tabla 4 que predominaban los pacientes que sólo habían alcanzado los estudios primarios, siendo 23 de los 45 encuestados. Se observó que el 39'1% (9 pacientes) de los que habían obtenido estudios primarios, poseía conocimientos acerca de la hipertensión arterial, siendo los 14 pacientes restantes los que no los poseían (60'9%). La única persona que obtuvo estudios secundarios refería no tener conocimientos. 5 de los 45 pacientes encuestados, tenían estudios de bachillerato, y se observó que el 100% tenía conocimientos acerca de la hipertensión arterial. En cuanto a los individuos que poseían más estudios, es decir, estudios de formación profesional y universitarios, se observó que de los 12 pacientes que habían obtenido estudios de formación profesional, predominaba el desconocimiento en el cual tan sólo un 25% refería conocer la patología (3 personas). Sin embargo, de los 4 individuos que obtuvieron estudios universitarios, el 75% tenía conocimientos de la hipertensión arterial (3 personas).

Del total de pacientes que fueron encuestados, 36 referían haber recibido en alguna de las ocasiones información acerca de la patología de la hipertensión arterial por parte de profesionales sanitarios (80%). El 50% de los que obtuvieron explicaciones por parte de profesionales sanitarios, tenía conocimientos (18 personas), mientras que el 50% restante que también obtuvo explicaciones, no los tenía (18 personas). Se pudo observar además, que de los pacientes que refirieron no haber recibido información en alguna ocasión (9 personas), el 22'2% tenía conocimientos (2 personas) (tabla 5).

Observando la tabla 6, se demuestra que de los 9 pacientes que no recibieron información por parte de profesionales sanitarios en alguna de las consultas a las que acudieron, 7 de ellos tenían antecedentes familiares (77'8%). De entre estos 7 pacientes que tenían antecedentes familiares de HTA, el 28'6% tenían conocimientos acerca de la patología (2 personas), mientras que los 5 pacientes restantes a pesar de padecer en su familia la tensión arterial elevada, desconocían la patología (71'4%).

Como se pudo observar en la tabla 7, prevalecían los pacientes diagnosticados hace más de 10 años (42'2%) frente a los pacientes diagnosticados recientemente (< 5 años) (26'7%). De los 19

pacientes que fueron diagnosticados hace más de 10 años, el 63'2% tenía conocimientos acerca de la hipertensión arterial (12 personas), mientras que de los 12 pacientes que fueron diagnosticados más recientemente (< 5 años), sólo un 33'3% tenía conocimientos (4 personas).

Sin embargo, se observó que tanto los que fueron diagnosticados hace más de 10 años como los pacientes que han sido diagnosticados más recientemente (< 5 años) de hipertensión arterial, han recibido información alrededor del 73'7-75% (tabla 8).

Observando la tabla 9, se pudo comprobar que del total de pacientes encuestados, 41 de ellos tomaban fármacos habitualmente como refuerzo para el tratamiento no farmacológico (91'1%), siendo 32 hombres y 9 mujeres. Se demostró que de estos 41 pacientes, 39 cumplían adecuadamente con el tratamiento (95'1%), siendo las 9 mujeres que refirieron tomar fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial las que lo cumplían en su totalidad (100%) mientras que de los 32 hombres, fueron 2 los que no lo cumplían adecuadamente (6'3%).

En cuanto al grupo de edad se refiere, se demostró que los pacientes que comprendían el grupo 2 y 3 eran los que cumplían con la toma de los medicamentos prescritos correctamente, mientras que los del grupo 1, fueron los que refirieron fallar en la ingesta del fármaco prescrito en alguna de las ocasiones (tabla 10).

En cuanto a la adhesión a la actividad física, se observó que de los 45 pacientes, 27 cumplían adecuadamente con el tipo de ejercicio recomendado (60%), cumpliendo los hombres en un 70'4% (19 hombres) y en un 29'6% la mujeres (8 mujeres). Se demostró, que de los 34 hombres, 19 cumplían con el tipo de ejercicio recomendado (55'9%), mientras que de las 11 mujeres, 8 lo cumplían (72'2%) (tabla 11). Asimismo se observó que el 51'9% que refirieron cumplir adecuadamente con el tipo de ejercicio recomendado (14 personas) correspondía al grupo 2, mientras que el 25'9% correspondía al grupo 1 (7 personas) y el 22'2% al grupo 3 (6 personas) (tabla 12).

Por el contrario, en cuanto al tiempo al que dedicaban a la realización de ejercicio y la constancia por semana, prevalecía la falta de adhesión, incumpléndolo un 51'1% (23 personas) y un 53'3% (24 personas) respectivamente. En estos dos casos, al igual que en la adhesión al tipo de ejercicio, se observó que de las 11 mujeres, 7 se adhirieron en mayor medida (63'6%) a ambos apartados, mientras que de los 34 los hombres, 15 cumplían adecuadamente con el tiempo (44'1%) y 14 con la constancia por semana (41'2%) (tabla 13-14). En cuanto al grupo de edad al que pertenecen, se observó que los pacientes que correspondían al grupo 2, fueron los pacientes que mejor se adhirieron al tiempo (12 personas, 54'5%) y a la constancia por semana (10 personas, 47'6%). Sin embargo, en estos dos casos, se demostró cómo los pacientes que correspondían al grupo 1 fueron los pacientes que peor se adhirieron a la constancia por semana, cumpliéndolo un 14'3% (3 personas), frente a un 38'1% correspondientes al grupo 3 (8 personas), siendo en cuanto al tiempo recomendado, de igual cumplimiento los del grupo 1 y los del grupo 3 (22'7%) (5 personas). (tabla 15-16).

Con respecto al cumplimiento de la dieta cardiosaludable se observó en la tabla 17 que del total de pacientes encuestados, el 68'9% cumplía adecuadamente con la dieta baja en sal (31 personas). Se demostró que de esos 31 pacientes, 22 eran hombres (71%) y 9 mujeres (29%). De los 34 hombres, 22 referían cumplir adecuadamente con la dieta baja en sal (64'7%) mientras que 12 refirieron no cumplirlo (35'3%). Sin embargo, de las 11 mujeres, 9 refirieron cumplir con la dieta baja en sal (81'8%) frente a 2 que negaron cumplirlo (18'2%).

En cuanto al grupo de edad, se observó que los pacientes que correspondían al grupo 2 fueron los que refirieron cumplir en mayor medida la ingesta de una dieta baja en sal (11 personas, 35'5%).

Analizando cada grupo de edad nos encontramos con que de las 14 personas que componían el grupo 1, el 71'4% (10 personas) cumplían adecuadamente con la dieta baja en sal; de las 19 personas que componían el grupo 2, el 57'9% (11 personas), y por último, de las 12 personas que componían el grupo 3, el 83'3% (10 personas) lo cumplían adecuadamente (tabla 18).

Con respecto a la dieta baja en grasas, observamos en la tabla 19, que del total de pacientes, el 71'1% referían cumplir con la dieta baja en grasas (32 personas), observando que el 75% que decía cumplir adecuadamente con la dieta baja en grasas eran hombres (24 hombres) y el 25% restante mujeres (8 mujeres). Se observó que de los 34 hombres, 24 cumplían con la dieta baja en grasas (70'6%) y de las 11 mujeres, 8 refirieron adherirse adecuadamente (72'2%).

En cuanto al grupo de edad se refiere, observando la tabla 20, se pudo demostrar que el 40'6% de los pacientes que cumplían adecuadamente con la dieta baja en grasas (13 personas) pertenecía al grupo 2, correspondiendo al grupo que referían cumplir en mayor medida con la dieta. Analizando cada grupo en cambio, se observó que de los 14 pacientes que comprenden el grupo 1, el 71'4% cumplían adecuadamente con la dieta baja en grasas (10 personas); de los 19 pacientes que componían el grupo 2, el 68'4% cumplían adecuadamente (13 personas) y de las 12 que componían el grupo 3, el 75% lo cumplían adecuadamente (9 personas).

De los 45 pacientes encuestados referían cumplir adecuadamente la dieta baja en azúcares el 66'7% (30 personas), siendo el 73'3% de los pacientes que decían cumplir adecuadamente con la dieta baja en azúcares hombres (22 hombres) y el 26'7% mujeres (8 mujeres). Dependiendo del género, se demostró que de los 35 hombres encuestados, 22 (64'7%) refirieron cumplir adecuadamente con la dieta baja en azúcares mientras que de las 11 mujeres encuestadas, fueron 8 (72'7%) (tabla 21).

Analizando al grupo de edad al que pertenecía cada uno de ellos, se observó que tanto los pacientes pertenecientes al grupo 1 como los pertenecientes al grupo 2 cumplían con la dieta baja en azúcares el 40% (12 personas), mientras que los pacientes pertenecientes al grupo 3 lo cumplían tan solo en un 20% (6 personas). De los 14 individuos pertenecientes al grupo 1, refirieron cumplir con la dieta baja en azúcares 12 personas (85'7%); de los 19 individuos pertenecientes al grupo 2, lo refirieron cumplir 12 personas (63'2%); y por último, de los 12 individuos que pertenecían al grupo 3, 6 personas refirieron cumplirlo (50%) (tabla 22).

Es en el cumplimiento del incremento del consumo de frutas y verduras donde mayor adherencia se demostró, siendo a nivel general un 73'3% (33 personas) los pacientes que refirieron haber incrementado el consumo de estos alimentos, siendo un 72'7% de los pacientes que cumplían con el incremento hombres (24 hombres) y el 27'3% restante, mujeres (9 mujeres). Se observó que de los 34 hombres que fueron encuestados, 24 hombres (70'6%) cumplían correctamente con el incremento mientras que de las 11 mujeres, 9 refirieron cumplirlo (81'8%) (tabla 23). En cuanto al grupo de edad de los pacientes, se observó mediante la tabla 24, que el 45'4% que refirió cumplir adecuadamente con el incremento de frutas y verduras correspondía al grupo 2 (15 personas), siguiéndole con un 33'3% de los pacientes correspondientes al grupo 3 (11 personas) y con un 21'2% los del grupo 1 (7 personas). Analizando cada uno de los grupos se observó que de los 14 individuos que componían el grupo 1, el 50% incrementó el consumo de frutas y verduras; de los 19 individuos que componían el grupo 2, el 78'9% (15 personas); y por último, de los 12 individuos que compusieron el grupo 3, el 91'7% refirieron haber incrementado su consumo (11 personas).

El 62'2% de los pacientes encuestados refirieron cumplir correctamente con las cantidades recomendadas de alimentos (28 personas), siendo el 75% de los individuos que decían cumplirlo

hombres (21 hombres) y el 25% restante mujeres (7 mujeres). Dentro del género, observamos en la tabla 25 que del total de los hombres que fueron encuestados, el 61'8% (21 hombres) decían ingerir las cantidades adecuadas de alimento mientras que en el caso de las mujeres fue del 63'6% (7 mujeres). Observando la tabla 26 se pudo demostrar que el 42'9% de los pacientes que referían consumir las cantidades adecuadas de alimentos correspondían al grupo 2 (12 personas) mientras que el 25% que refería cumplirlo pertenecía al grupo 1 (7 personas) y el 32'1% al grupo 3 (9 personas). Diferenciando cada grupo de edad, se demostró que de los 14 pacientes que pertenecían al grupo 1, 7 cumplían adecuadamente con las cantidades de alimento recomendadas (50%); de los 19 pacientes que componían el grupo 2, 12 personas (63'2%); y, por último, de los 12 pacientes que componían el grupo 3, 9 personas lo cumplían (75%).

Dentro de los pacientes encuestados, 14 padecían obesidad (31'1%), siendo 10 hombres (71'4%) y 4 mujeres (28'6%). Referían cumplir con la dieta baja en sal 9 personas (64'3%), siendo 6 de los 10 hombres (60%) y 3 de las 4 mujeres (75%) los que refirieron cumplirlo adecuadamente. 6 personas fueron las que indicaron realizar una dieta baja en grasas (42'9%), siendo 4 de los 10 hombres (40%) y 2 de las 4 mujeres (50%). Con respecto a la dieta baja en azúcares, se observó en la tabla que 9 pacientes fueron los que refirieron cumplirla adecuadamente, refiriendo cumplirla 7 de los 10 hombres (70%) y 2 de las 4 mujeres (50%). De los pacientes que refirieron consumir frutas y verduras habitualmente fueron 10 (71'4%), siendo 8 de los 10 hombres (80%) y 2 de las 4 mujeres (50%). En cuanto al consumo de las cantidades adecuadas de alimento, se observó que tan solo 7 de los 14 pacientes obesos refirieron consumir las cantidades adecuadas, siendo en este caso, 5 de los 10 hombres (50%) y 2 de las 4 mujeres (50%). (tablas 27-31).

En cuanto a las conductas de vida no saludables, se observó mediante la tabla 32, que del total de pacientes que fueron encuestados, 13 eran consumidores habituales de alcohol (28'8%), siendo 11 hombres (84'6%) y 2 mujeres (15'4%). De las 13 personas que indicaron que eran consumidoras de alcohol, tan sólo 4 refirieron evitar su consumo (30'8%). El 75% que refirió evitar el consumo de alcohol fueron hombres (3 hombres) y el 25% restante mujeres (1 mujer). Sin embargo, analizando la tabla dependiendo el género, se observó que de los 11 hombres el 27'3% referían evitar su consumo (3 hombres), mientras que de las 2 mujeres, una refirió evitarlo. Observando la tabla 33 se pudo demostrar que de los 6 pacientes pertenecientes al grupo de edad más joven que refirieron consumir alcohol de manera habitual, referían evitar su consumo 3 de ellos (75%), de los 5 pacientes pertenecientes al grupo de edad 2, una única persona (20%) y de los 2 pacientes que correspondían al grupo de edad más mayor, ninguno de ellos refería evitarlo. En cambio, teniendo en cuenta y comparando cada grupo de edad, se mostró que el 50% de los pacientes que correspondían al grupo 1 intentaban evitar su consumo, el 20% de los pacientes correspondientes al grupo 2 y ninguno de los del grupo 3.

Del total de los pacientes encuestados, 10 indicaron ser fumadores, siendo 9 hombres (90%) y 1 mujer (10%). Tan solo 2 de ellos refirieron evitar el consumo de tabaco (20%), siendo esas dos personas, hombres. De las 8 personas restantes que referían no evitar el tabaquismo, 7 eran hombres (87'5%) y 1 era mujer (12'5%). Teniendo en cuenta la edad de los pacientes participantes en el estudio se observó que los pacientes que correspondían al grupo 1 y 2, el 50% refirieron evitar el tabaco respectivamente. Sin embargo, de los 3 fumadores que pertenecían al grupo 1, el 33'3% referían intentar evitar su consumo (1 persona); de los 5 fumadores que formaban el grupo 2, el 20% (1 personas); y de los 2 fumadores que componían el grupo 3, ninguno refirió evitar su consumo (tabla 35).

25 personas (55'6%) de las 45 que fueron encuestadas, refirieron evitar el consumo de café, siendo el 72% hombres (18 hombres) y el 28% mujeres (7 mujeres). Atendiendo cada género, se observó que de los 34 hombres, el 52'9% referían evitar su consumo (18 personas) mientras que de las 11, el 63'6% lo evitaban (7 mujeres) (tabla 36). Se observó además, mediante la tabla 37 que el grupo de edad correspondiente al grupo más joven, fue el que en mayor medida refirió evitar su consumo siendo del 40% (10 personas), mientras que los del grupo 2 y 3 refirieron evitarlo en un 36% (9 personas) y un 24% (6 personas) respectivamente. Analizando cada grupo de edad se pudo demostrar que de las 14 personas que forman el grupo 1, 10 referían evitar el consumo de café (71'4%); de las 19 personas que forman el grupo 2, fueron 9 las que refirieron evitarlo (47'4%) y del último grupo, el grupo 3, que estaba formado por 12 personas, la mitad refirieron evitar el consumo (50%).

Con respecto a evitar las situaciones de estrés y disgustos, del total de pacientes, 29 refirieron evitar este tipo de situaciones (64'4%), siendo los hombres los que refirieron cumplirlo en mayor medida (75'9%) frente a las mujeres (24'1%). 22 de los 34 hombres (64'7%) refirieron evitar las situaciones de estrés mientras que de las 11 mujeres, 7 refirieron evitarlas (63'6%) (tabla 38). Se observó además que los pacientes pertenecientes al grupo 2, fueron los pacientes que en mayor medida refirieron evitar este tipo de situaciones (44'8%). En cuanto a los dos grupos restantes, el 27'6% refirieron evitar las situaciones de estrés y disgustos respectivamente. Asimismo, diferenciando el grupo de edad, se pudo demostrar que 8 personas de las 14 que formaron el grupo 1 (57'1%); 13 de las 19 personas que formaban el grupo 2 (68'4%) y 8 de las 12 personas que formaban el grupo 3 (66'7%) referían evitar las situaciones de estrés y disgustos (tabla 39).

De los 45 individuos que fueron encuestados, 31 de ellos refirieron evitar el sedentarismo (68'9%). Se observó en la tabla 40, que de los 31 que refirieron evitar el sedentarismo, el 80'6% fueron hombres frente a un 19'4% de mujeres. De los 34 hombres, 25 refirieron evitar el sedentarismo (73'5%) mientras que en el grupo de mujeres, de las 11 mujeres encuestadas, 6 referían evitarlo (54'5%). Dependiendo del grupo de edad, se observó mediante la tabla 41 que los pacientes pertenecientes al grupo 2 fueron los que en mayor medida evitaban el sedentarismo en un 48'4%, frente a un 25'8% de los grupos 1 y 3 respectivamente. Asimismo, analizando cada grupo de edad, se pudo demostrar que el 57'1% integrados en el grupo 1 evitaban el sedentarismo (8 personas), el 78'9% pertenecientes al grupo 2 (15 personas) y el 66'7% del grupo 3 (25'8%).

Por último, en cuanto a la conducta de evitar la ingesta de alimentos no recomendados para mantener un organismo cardiosaludable, se observó que del total de pacientes, 27 de ellos refirieron cumplir adecuadamente con el consumo (60%), siendo de entre ellos el 74'1% hombres y 25'9% mujeres. Sin embargo, observando detenidamente el grupo de los hombres se demostró que de los 34 hombres, un 58'8% de ellos lo cumplía adecuadamente (20 hombres) mientras que de las 11 mujeres, el 63'6% refería cumplirlo (7 mujeres) (tabla 42). Son en esta ocasión los del grupo 2 también los que en mayor medida cumplen con esta recomendación (48'1%) frente al grupo 1 y 3 que indicaron cumplirlo el 25'9% respectivamente. Asimismo, se observó mediante la tabla 43 que de los 14 participantes que componían el grupo 1, el 50% refirieron evitar el consumo (7 pacientes); de los 19 participantes que formaban el grupo 2, el 68'4% (13 pacientes); y de los 12 participantes que formaban el grupo 3, 58'3% refirieron evitarlo (7 pacientes).

En la tabla 44 se pudo observar que de los 45 pacientes que fueron encuestados, 43 personas recibieron recomendaciones acerca de la realización de actividad física como tratamiento no farmacológico (95'6%). De los pacientes que recibieron recomendación 26 refirieron cumplir

adecuadamente con el tipo de ejercicio a realizar (60'5%). Tan solo 1 persona de los que refirieron cumplir con el tipo de ejercicio refirió no haber recibido ningún tipo de recomendación para realizar actividad física (3'7%). Por el contrario, 17 de las personas que indicaron haber recibido recomendaciones, no cumplía con el tipo de ejercicio a realizar (39'5%), y 1 persona que no refirió haber recibido recomendación, no cumplía con el tipo de ejercicio.

Con respecto al tiempo que le dedicaban a la realización de ejercicio, se pudo observar que los pacientes que habiendo recibido recomendaciones, 22 personas referían cumplirlo adecuadamente (51'2%). Sin embargo, de los pacientes que recibieron recomendación y no cumplían adecuadamente con el tratamiento fueron 21 personas (48'8%) y de las 2 personas que no recibieron información acerca de la realización de actividad física, las 2 refirieron no cumplir adecuadamente con el tiempo dedicado al ejercicio (tabla 45).

20 de las 43 personas que recibieron recomendación acerca de la realización de actividad física refirieron cumplir adecuadamente con la constancia por semana de ejercicio (46'5%), mientras que el 53'5% restante que recibió la recomendación no lo cumplía (23 personas). Por otro lado, 1 persona de las que no recibió recomendación refirió realizar ejercicio en la constancia adecuada y otra persona que tampoco indicó recibir la recomendación refirió no cumplir con la constancia (tabla 46).

Con respecto al cumplimiento con la dieta baja en sal dependiendo si los pacientes recibieron recomendaciones para disminuir su consumo, se observó mediante la tabla 47 que de los 45 pacientes que fueron encuestados, 38 recibieron recomendaciones acerca de la dieta baja en sal (84'4%). De entre esos 38 pacientes que habían recibido recomendación, 27 personas refirieron cumplirlo adecuadamente (71'1%). Por el contrario, de los 7 pacientes que no habían recibido recomendación, 4 indicaron cumplir adecuadamente con la dieta baja en sal (57'1%).

34 de los 45 pacientes refirieron haber recibido recomendación acerca de realizar una dieta baja en grasas, azúcares, incremento de frutas y verduras y las cantidades adecuadas de alimento a ingerir (75'6%). Se pudo demostrar mediante la tabla 48, que de los 34 pacientes que recibieron recomendación, 23 personas cumplían adecuadamente con la dieta baja en grasas (67'6%) mientras que de las 11 personas que no recibieron recomendación, 9 personas refirieron cumplirlo adecuadamente (81'8%).

La tabla 49, correspondiente a la dieta baja en azúcares mostró que de los 34 pacientes que recibieron recomendación para la realización de una dieta cardiosaludable, 22 refirieron cumplirlo adecuadamente (64'7%). Asimismo, de las 11 personas que no recibieron recomendación, 8 refirieron cumplir la dieta baja en azúcares (72'7%).

En cuanto al incremento de frutas y verduras se observó que 27 pacientes cumplían adecuadamente con la recomendación que se les había proporcionado (79'4%) mientras que 6 de las 11 personas que no habían recibido recomendación refirieron cumplirlo adecuadamente (54'4%) (tabla 50).

De las 34 personas que indicaron haber recibido recomendación acerca de realizar una dieta cardiosaludable, 21 refirieron cumplir adecuadamente con la ingesta de las cantidades óptimas (61'8%). Por el contrario, de las 11 personas que no recibieron recomendación, 7 refirieron cumplirlo adecuadamente (63'6%) (tabla 51).

Como en la tabla 52 se pudo observar, de los 14 pacientes con obesidad, 13 recibieron recomendación para disminuir el peso corporal (92'9%), mientras que hubo una única persona que no la recibió. Por el contrario, de los encuestados que refirieron no padecer obesidad, 20 personas refirieron haber recibido recomendación para bajar de peso en alguna de las ocasiones (64'5%).

En cuanto a las conductas de riesgo no saludable se refiere, 18 indicaron haber recibido recomendaciones para manejar las situaciones de estrés y disgustos (40%). De entre esas 18 personas, 12 refirieron cumplir adecuadamente y evitar ese tipo de situaciones (66'7%) frente a 6 personas que indicaron no cumplirlo (33'3%). Por el contrario se pudo observar también que personas que aun no habiendo recibido recomendación para evitar este tipo de situaciones, 17 lo trataban de cumplir (63%) (tabla 53).

Con respecto al consumo de alcohol y tabaquismo, se observó mediante las tablas 54 y 55 que de los 45 pacientes encuestados, 35 recibieron recomendación acerca de evitar el consumo de ambos (77'8%). Analizando el consumo de tabaco, se observó que de los pacientes que recibieron recomendación, 24 referían cumplirlo adecuadamente (68'6%) mientras que 11 continuaban incumpléndolo (31'4%). Por el contrario, de las 10 personas restantes que indicaron no haber recibido recomendación, el 100% refería evitar su consumo.

Teniendo en cuenta el consumo de alcohol, 21 de los 35 pacientes que habían recibido recomendación refirieron evitar su consumo (60%), mientras que las 14 personas restantes continuaban incumpléndolo (40%). De las 10 personas que no recibieron recomendación (22'2%), 8 pacientes refirieron evitar el consumo de alcohol (80%).

Teniendo en cuenta los pacientes fumadores y consumidores habituales de alcohol, mediante las tablas 56 y 57 se pudo observar que de los 10 fumadores presenten en el estudio, los 10 habían recibido recomendación para evitar el tabaquismo, pero sólo 2 de ellos refirieron cumplir con la recomendación (20%).

Por el contrario, en cuanto al consumo habitual de alcohol se refiere, se observó que 13 de ellos eran consumidores habituales, pero no todos recibieron recomendación para evitar su consumo si no que 11 de ellos fueron los que la recibieron (84'6%), mientras que los otros 2 no (15'4%). De los 11 consumidores habituales de alcohol, se observó que tan sólo 3 de los que habían recibido recomendación refirieron evitar su consumo (27'3%), mientras que el resto de pacientes (8 personas) continuaban con su consumo (72'7%).

5. DISCUSIÓN

Se sabe que la hipertensión arterial es una patología en la cual su prevalencia va en ascenso ⁽²⁾, y puesto que es una enfermedad silenciosa ya que no produce sintomatología hasta que no se encuentra en un estadio grave produciendo complicaciones importantes que afectan al corazón, cerebro, vasos periféricos, riñón y al ojo, su diagnóstico es imprescindible para dar inicio cuanto antes con el control requerido, comenzando con las medidas higiénico-dietéticas y posteriormente si no se advierten mejorías, asociar el tratamiento farmacológico.

Es por ello, que los pacientes deben ser constantes y conscientes acerca de la patología que padecen, ya que es de carácter grave si no se trata adecuadamente.

Este estudio se ha realizado en la población de Bilbao a pacientes con hipertensión arterial, para constatar el grado de conocimiento y la adhesión de los pacientes a las diversas modalidades de tratamiento existentes.

Respecto a las principales características del estudio se demostró cómo la proporción de hombres (75'6%) es superior a las mujeres (24'4%), a diferencia de otros estudios que demuestran que la proporción de mujeres es superior. ⁽¹⁸⁾

Los resultados demuestran que los conocimientos que posee la población son escasos cuando se les cuestiona acerca de la hipertensión arterial, prevaleciendo el desconocimiento (25 personas, 55'6%) frente al conocimiento (20 personas, 44'6%), teniendo mayor nivel de conocimientos esta población (85%) que la femenina (15%).

Como era previsible, se demuestra mediante este estudio que los pacientes con mayor formación (estudios de bachillerato y estudios universitarios) poseen mayor nivel de conocimientos, siendo el nivel de conocimiento de los pacientes con estudios de bachillerato de un 100% y de un 75% los pacientes con estudios universitarios.

Una de las hipótesis por las cuales los pacientes desconocen la patología podría ser que no hayan recibido información acerca de la misma por parte del profesional sanitario de referencia en alguna de las ocasiones en las que haya acudido a la consulta de su respectivo centro de salud o no recuerden haberla recibido. Mediante el estudio se demuestra que de los 45 pacientes que fueron encuestados, 36 recibieron información, por lo que se rechaza esta hipótesis ya que el 50% (18 personas) que tenía conocimientos había recibido la información. Sin embargo, el 50% restante (18 personas) que no tenía conocimientos, refirió haber recibido información acerca de la patología mientras que de los pacientes que no recibieron información (9 personas), el 22'2% tenía conocimientos (2 personas).

Puesto que se demuestra que los pacientes que aun no habiendo recibido información conocen la patología, sería probable que debido al hecho de poseer antecedentes familiares con hipertensión arterial, adquieran información y por lo tanto mayor conocimiento acerca de la patología y no recaben información procedente de los profesionales sanitarios. A través del estudio se puede justificar que a pesar de poseer antecedentes familiares con hipertensión arterial no se adquieren más conocimientos, ya que de los 9 pacientes que no fueron informados, sólo 2 de ellos tenían conocimientos y poseían antecedentes familiares, mientras que 5 fueron los que indicaron tener antecedentes familiares y no tener conocimientos acerca de la patología. Debido a la negación de esta otra hipótesis, se podría concluir que los pacientes que conocen la patología y no han recibido información ni poseen antecedentes familiares, podrían haber buscado información a través de distintos recursos (páginas web, medios de comunicación, etc.), aunque este aspecto no se exploró en la encuesta.

Una última hipótesis podría ser que los pacientes habiendo sido diagnosticados hace más de 10 años, hayan descuidado la importancia de la patología y olvidado sus conocimientos. Analizando esta teoría mediante el estudio realizado, se observa que a pesar de que el diagnóstico de hipertensión arterial haya sido más reciente, el grado de conocimiento es inferior con respecto al nivel de conocimiento que poseen los pacientes diagnosticados hace más de 10 años.

La encuesta también testó si los pacientes cumplían adecuadamente con la diversidad de modalidades de tratamiento, consistiendo en algunos casos tratamiento farmacológico añadido a las medidas higiénico-dietéticas y otros casos en los que solo deben modificar los estilos de vida que consisten en la realización de ejercicio, una dieta cardiosaludable baja en sal, grasas, azúcares, incremento de las frutas y verduras y evitar las conductas de riesgo no saludables como el consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de café, sedentarismo, situaciones de estrés y disgustos y evitar la ingesta de alimentos no recomendados.⁽¹⁾

En el caso de este estudio, de los 45 pacientes encuestados, 41 toman algún tipo de fármaco añadido a la modificación de los estilos de vida. Se puede concluir que 39 pacientes son los que cumplen adecuadamente con la ingesta de los fármacos, siendo las mujeres las que lo cumplen al 100% mientras que los hombres lo cumplen en un 93'8%, ya que 2 de ellos indicaron incumplirlo. Asimismo se puede demostrar que los 2 pacientes que incumplían el tratamiento prescrito, pertenecían al grupo de edad más joven (46-54 años).

Atendiendo al ejercicio físico, se demuestra que los pacientes tienen mayor adherencia al tipo de ejercicio (60%) que al tiempo que se le debe dedicar (48'9%) y a la constancia por semana (46'7%). Las mujeres son en este caso también las que en mayor medida se adhieren, siendo los pacientes integrados en el grupo de edad 2 (55-64 años) los que más cumplen con este estilo de vida. Por el contrario, los pacientes correspondientes a las edades entre los 46 y 54 años son los que menos se dedican a la realización de ejercicio, quizás por la falta de tiempo para practicarlo debido al empleo que poseen.

Se ha demostrado que la alimentación compuesta por una dieta cardiosaludable, disminuye los niveles de presión arterial. Es por ello que a este tipo de pacientes se les recomienda una dieta baja en sal, baja en grasas, baja en azúcares, incremento del consumo de frutas y verduras y la ingesta de cantidades adecuadas de alimento para alcanzar los niveles óptimos de presión.

Mediante este análisis se puede concluir que los pacientes se adhieren en mayor medida al consumo adecuado de frutas y verduras (73'3%), siendo la ingesta de cantidades óptimas de alimento a lo que menos se adaptan (62'2%). Con respecto al consumo de una dieta baja en grasas se demuestra que el 71'1% de los pacientes lo cumplen adecuadamente y la dieta baja en azúcares un 66'7% de los pacientes.

Un dato a destacar en cuanto a la dieta es el consumo de sal. Se sabe que el consumo en exceso de sal incrementa los niveles de presión arterial. En nuestro estudio el 68'9% de los pacientes encuestados cumplen adecuadamente con esta recomendación, siendo un porcentaje bajo teniendo en cuenta que si este hábito es modificado, se pueden alcanzar niveles de presión arterial óptimos.

Por un lado se observa, examinando por género, que son las mujeres las que mejor se adaptan a la dieta cardiosaludable, quizás porque son las mujeres las que en la mayoría de las ocasiones preparan la comida en los domicilios y evitan cocinar los alimentos no adecuados para combatir la hipertensión arterial.

Por otro lado, al examinar cada grupo de edad, se observa que los pacientes con edades entre 64-75 años son los que en mayor medida se adaptan a la dieta cardiosaludable, siendo en el caso de la

dieta baja en azúcares los pacientes con edades comprendidas entre los 46-54 años los que mejor se adaptan (85'7%).

La obesidad, uno de los factores de riesgo que afecta a la población, también se encuentra presente en este estudio, hallando 14 pacientes con obesidad. Se muestra que en la dieta que ellos realizan, es el incremento de frutas y verduras a la alimentación que en mayor medida se adhieren (71'4%), aunque solo es el 42'9% los que cumplen con la dieta baja en grasas. En este caso, la adherencia no predomina en ninguno de los géneros, siendo mayor el cumplimiento por parte de los hombres que el de las mujeres en alguno de los casos y viceversa.

Otros factores de riesgo cardiovascular son el consumo de alcohol, el tabaquismo y el sedentarismo. Se puede observar que a pesar de que la población es consciente de las graves consecuencias de estos hábitos y las campañas de información creadas para abandonar su consumo, continúan realizándolo ⁽¹⁹⁾. Tan sólo 2 pacientes de los 10 fumadores encuestados refieren evitar el consumo de tabaco, siendo éstos hombres. En cuanto al consumo de alcohol se refiere, se advierte que 13 de los pacientes encuestados indicaron ser bebedores habituales de alcohol, y entre ellos, sólo 4 personas refirieron evitarlo (30'8%), siendo el 27'3% de los hombres y el 50% de las mujeres los que refirieron evitarlo. En ambos casos fueron los pacientes pertenecientes a las edades comprendidas entre 46 y 54 años los que refirieron ser más responsables con respecto a estos hábitos.

Sin embargo, el hábito que en mayor medida refieren cumplir los pacientes es el sedentarismo, cumpliéndolo 31 de las personas encuestadas (68'9%), predominando con su adhesión los hombres (73'5%) frente a las mujeres (54'5%). Este hecho es algo contradictorio puesto que las mujeres son las que mejor se adhieren al cumplimiento de la actividad física, pero son en este caso los hombres los que refieren evitar más frecuentemente el sedentarismo.

Las situaciones de estrés y disgustos, causados por el ruido, responsabilidades personales, miedos y temores, problemas familiares o preocupaciones del trabajo, también podrían considerarse factores de riesgo cardiovascular debido a que influye en el incremento de los niveles de presión arterial, por lo que su control y manejo es importante. Se ha demostrado que 29 de las 45 personas encuestadas (64'4%) tratan de manejar este tipo de situaciones para evitar la elevación de los niveles de presión, prevaleciendo los hombres (64'7%) frente a las mujeres (63'6%), quizás porque a la mujer siempre se le ha considerado responsable del cuidado del hogar y la familia, además de la responsabilidad que recae en ellas fuera del domicilio.

La ingesta de alimentos no recomendados también es considerada un factor de riesgo cardiovascular debido a su efecto arterioesclerótico, elevando de esta manera los niveles de presión arterial. Tras el análisis de los datos se puede mostrar que los pacientes aun sabiendo los riesgos que conlleva la ingesta de alimentos no saludables, 27 pacientes lo cumplen adecuadamente (60%), siendo las mujeres más conscientes de los riesgos a los que conlleva y cumpliéndolo en más ocasiones (63'3%).

Por último, diversos estudios han demostrado que la ingesta de café no produce el incremento de los niveles de presión arterial en toda la población excepto en aquellos individuos que son sensibles a la cafeína provocando situaciones de nerviosismo, taquicardia, insomnio, etc. Analizando el consumo de café entre la población de Bilbao mediante esta investigación, se advierte que 20 personas de las 45 que fueron encuestadas continúan consumiendo café (44'4%). Se observa que en este caso también son las mujeres las que intentan evitar su consumo (63'6%) y que los pacientes que comprenden las edades entre 46 y 54 años son los que en mayor medida han referido adherirse a evitar su consumo.

Para conocer si los pacientes cumplen adecuadamente o no con las recomendaciones dadas por el médico o enfermera correspondientes a su centro de referencia, será preciso conocer si esas recomendaciones les han sido proporcionadas. Se concluye mediante el estudio realizado, que los profesionales sanitarios a pesar de hacer hincapié y proporcionar recomendaciones acerca de los estilos de vida saludable en cuanto a la ingesta de una dieta cardiosaludable, realización de actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, situaciones de estrés y disgustos, etc., los pacientes continúan con un nivel de incumplimiento significativo, ignorando aparentemente las complicaciones a las que les puede llevar el incremento a niveles muy elevados de presión arterial debido al incumplimiento de las recomendaciones. Sin embargo, se demuestra que a pesar de que los profesionales no hayan facilitado recomendaciones higiénico-dietéticas a los pacientes, hay pacientes que conocen y cumplen estas recomendaciones.

6. CARACTERÍSTICAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Por un lado, puesto que las encuestas recogidas de la población de Bilbao corresponden a una muestra pequeña, los resultados podrían no ser representativos.

Por otro lado, a pesar de haber obtenido una muestra pequeña de la población, la tasa en respuesta fue buena, social y etariamente, estando la población bien representada.

7. CONCLUSIONES

Sabiendo que la hipertensión arterial es una enfermedad que afecta a más del 20% de la población a nivel general, afectando más a los hombres que a las mujeres y que las complicaciones a las cuales conduce esta patología son graves, es inconcebible encontrarnos con población que todavía desconoce la patología (55%), predominando el desconocimiento en las mujeres.

Teniendo en cuenta que mediante la modificación de los estilos de vida se pueden alcanzar los niveles óptimos de presión arterial, la adherencia de los pacientes continúa siendo escasa, incumpliendo las recomendaciones que les han sido ofrecidas acerca de la realización de actividad física, una dieta cardiosaludable y la modificación de las conductas no saludables como el consumo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, etc.

La adherencia al tratamiento farmacológico prescrito por los profesionales sanitarios, es casi total, cumpliéndolo el 95'1% de la población.

En cuanto a la realización de actividad física, se observa que la población tiene mayor adherencia al tipo de ejercicio a realizar (60%) que el tiempo que le dedican a ello y la constancia por semana. Sabiendo que el consumo en exceso de sal incrementa los niveles de presión arterial, tan sólo un 68'9% de los encuestados cumplen adecuadamente con la restricción de sodio en la dieta, mientras que la adherencia a la dieta baja en grasas y el consumo de frutas y verduras es mayor, siendo del 71% y 73% respectivamente. Son las mujeres las que mejor sobrellevan la realización de ejercicio y dieta cardiosaludable.

No obstante, en cuanto a la población de Bilbao que padece obesidad se puede destacar que la adherencia a la dieta baja en grasas y cantidades recomendadas continúa siendo escasa, cumpliéndolo tan sólo el 42'9% y el 50% de ellos respectivamente.

Son los pacientes de entre 55 y 63 años los que mayor adherencia tienen a las diversas modalidades terapéuticas.

En relación a las conductas de hábitos de vida no saludable como son el tabaquismo y el consumo de alcohol, se detecta que a pesar de las recomendaciones que ofrecen los profesionales sanitarios a la población y campañas formadas para evitar el consumo de estas sustancias, la población continúa aparentemente sin darle importancia y persistiendo con su consumo, evitando el consumo de alcohol el 30'8% y el consumo de tabaco el 20%.

A la vista de los resultados obtenidos, de la prevalencia del desconocimiento de la patología y la insuficiente adherencia a las diversas modalidades de tratamiento, sería recomendable que los profesionales sanitarios que proporcionan información y ofrecen recomendaciones y consejos a los pacientes que padecen hipertensión arterial mantengan la información cuando acudan a consulta para así fomentar que los pacientes interioricen los conocimientos adquiridos acerca de la hipertensión arterial.

Dadas las lagunas de conocimientos detectadas, sería conveniente que en los centros de salud se organizaran sesiones de educación grupal y trataran el tema de la hipertensión arterial para así concienciar a los pacientes de los riesgos que conlleva esta patología debido al incumplimiento del tratamiento prescrito por el personal sanitario y además, disponer de folletos informativos en las consultas para que los pacientes puedan adquirirlos y guiarse a través de ellos cuando lo precisen.

8. AGRADECIMIENTOS

Reconocimiento a: Julio Sánchez Álvarez por su ayuda y trabajo para llevar a cabo este estudio y a los participantes que respondieron a las encuestas ya que sin ellos este trabajo no podría haber sido realizado con éxito.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Cosín J, Galve E, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*. 2011 Junio 2: p. 587-593.
2. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Revista Española de Cardiología*. 2011 Marzo 11: p. 295-304.
3. Mendis S, Puska P, Norrving B. *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. 1st ed. Mendi S, Puska P, Norrving B, editors. France: Geneva: World Heart Organization; 2011.
4. Martínez Amenós A. La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. ¿Urge revisar el paradigma? *Medicina Clínica*. 2010 Octubre 23; 136(7): p. 295-297.
5. Esquinas Serrano S. *Enfermería Medicoquirúrgica 4: Sistema cardiovascular*. 5th ed. Madrid: CTO; 2011: p.1012-1022.
6. Casado Pérez S. *Libro de la salud cardiovascular del Hospital clínico San Carlos y la fundación BBVA*. 1st ed. Bilbao: Nerea; 2009: p. 121-131.
7. Arreo del Val V, Franco Díez E, Suárez Barrientos A, Campos Pavón J, Ruiz Mateos B, Antón Santos JM, et al. *Manual AMIR enfermería: Enfermería médico-quirúrgica*. 1st ed. Madrid: Marbán libros; 2009: p.52-55.
8. Messerli F. *Clinician's Manual: Treatment of Hypertension*. 3rd ed. New York: Springer; 2011: p.68-71.
9. Berbari AE, Mancia G. *Special Issues in Hypertension Italia*: Springer; 2012: p.103-120.
10. Pradillo García P. *Farmacología en enfermería*. 1st ed. Enfermería DAD, editor. Madrid: DAE ; 2003: p. 293-304.
11. Sánchez Contreras M, Moreno Gómez G, Marín Grisales M, García Ortiz L. Factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes. *Revista de Salud Pública*. 2009 Enero 11; 11(1): p. 110-122.
12. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. 2012 Abril;(26): p. 344-353.
13. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et. al. Guía de práctica clínica de ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*. (2013). *Rev. Esp. Cardiol*. 2013;66(11): p.25-31.
14. Marcano Pasquier RJ. *Medicina Preventiva*. [Online].; 2014 [cited 2014 Mayo 21. Available

from: <http://medicinapreventiva.info/5478/hipertension/principios-generales-del-tratamiento-farmacologico-de-la-hipertension-arterial-por-rigotordoc/>

15. Mantik Lewis S, McLean Heitkemper M, Ruff Dirksen S. Enfermería médico-quirúrgica: Valoración y cuidados de problemas clínicos. 6th ed. Graber O'Brien P, Bucher L, Foret Gidens J, editors. Madrid: Elsevier; 2004.

16. García Salinero J. Estudios descriptivos. NURE Investigación. 2004 Junio; (4).

17. Díaz de Rada V. Análisis de datos de encuesta: desarrollo de una investigación completa utilizando SPSS. 1st ed. Barcelona: UOC; 2009.

18. Apaza Argollo GA. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de ESSALUD. [Online].; 2013 [cited 2014 Marzo 20. Available from: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Argollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2.

19. Félix Redondo FJ, Fernández Bergés D, Pérez JF, Zaro MJ, García A, Lozano A, et al. Prevalencia, detección, tratamiento y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en la población de Extremadura (España). Estudio HERMEX. 2011 Febrero 24; 43(8): p. 426-434.

10. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de conocimientos de pacientes hipertensos

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estudios:

Diabetes Colesterol Obesidad Fumador Alcohol

Antecedentes familiares de HTA

¿Cuándo se diagnosticó su hipertensión? _____

1. HIPERTENSIÓN

1.1 ¿Sabe qué es la hipertensión? Sí NO

1.2 ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida? Sí NO NO SÉ

1.3 ¿A partir de qué valor se considera la presión arterial elevada?

140/90 160/95 130/85

1.4 ¿Conoce las cifras de su presión arterial? Sí NO

1.5 ¿Le han explicado qué es la hipertensión? Sí NO NO SÉ

1.6 ¿Algún médico/enfermera le controla su presión arterial?

Sí NO NO SÉ

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

1.7 ¿Dispone de un aparato de presión arterial en su domicilio? Sí NO

En caso afirmativo:

¿Se toma la presión con regularidad en su domicilio? Sí NO

¿Cuántas veces al mes se la toma? _____

¿En qué brazo se debe tomar? IZQUIERDO DERECHO AMBOS

¿Cómo se la toma? _____

¿Es mejor tomar la presión sentado o acostado? _____

¿Sirve o no sirve controlarse la presión en casa? Sí NO

1.8 Sabes si el tratar la hipertensión arterial ¿reduce realmente el riesgo de accidente cerebrovascular? Sí NO NO SÉ

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?

Sí NO NO SÉ

¿Podría decirme dos de estos factores? _____

2.2 ¿Es la obesidad el factor causal más importante de la hipertensión?

SÍ NO NO SÉ

2.3 ¿Es el tabaco un factor de riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión?

SÍ NO NO SÉ

2.4 ¿La diabetes y el colesterol elevado son factores de riesgo asociados a la hipertensión?

SÍ NO NO SÉ

2.5 ¿El ejercicio es recomendable para bajar la presión arterial?

SÍ NO NO SÉ

2.6 ¿Tienen más predisposición a la hipertensión las personas que tienen hermanos, padres y abuelos hipertensos?

SÍ NO NO SÉ

3. RIESGOS DE PADECER HIPERTENSIÓN

3.1 ¿Le han informado sobre los riesgos que tiene la elevación de la presión arterial?

SÍ NO NO SÉ

3.2 ¿La presión arterial puede provocar problemas en el corazón?

SÍ NO NO SÉ

3.3 ¿La presión arterial puede provocar daños en el cerebro?

SÍ NO NO SÉ

4. DIETA

4.1 ¿Su médico le ha dado recomendaciones para el manejo de la hipertensión como una dieta, hacer ejercicio, etc.? SÍ NO NO SÉ

En caso afirmativo, ¿qué recomendaciones le ha dado su médico?

- Ejercicio
- Dieta
- Bajar de peso
- Manejo del estrés
- Evitar consumo de tabaco y alcohol
- Evitar la sal
- Otro: _____

4.1 ¿Una dieta pobre en grasa y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial?

SÍ NO NO SÉ

4.2 ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?

SÍ NO NO SÉ

4.3 ¿Se puede controlar con dieta la hipertensión?

SÍ NO NO SÉ

5. MEDICACIÓN

5.1 ¿Se puede controlar con medicación la hipertensión? SÍ NO NO SÉ

5.2 ¿Toma medicación para la hipertensión? SÍ NO NO SÉ

¿Cuál? _____

5.3 ¿Hay que tomar la medicación durante toda la vida? SÍ NO NO SÉ

5.4 ¿Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza?

SÍ NO NO SÉ

6. ADHERENCIA TERAPEUTICA ANTIHIPERTENSIVA

Respecto a las indicaciones de tratamiento farmacológico, usted:	SÍ	NO
a. ¿Cumple con la toma de los diferentes medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cumple con la toma de las dosis indicadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cumple con la toma en el horario indicado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cumple con las precauciones de la toma con otros medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cuanto a las indicaciones sobre la actividad física, usted:	SÍ	NO
a. ¿Cumple con el tipo de ejercicio recomendado/indicado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cumple con el tiempo recomendado al día (mínimo 30 minutos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cumple con la constancia por semana (por lo menos 4 veces por semana)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cuanto a las recomendaciones de la dieta, usted:	SÍ	NO
a. ¿Cumple con la dieta baja en sal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cumple con la dieta baja en grasas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cumple con la dieta baja en azúcares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Cumple con las cantidades recomendadas de los alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respecto a las conductas que incrementan la hipertensión arterial, usted:	SÍ	NO
a. ¿Evita el consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Evita el consumo de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Evita el consumo de café?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Evita las situaciones de estrés y disgustos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Evita el sedentarismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Evita el consumo de alimentos no recomendados (embutidos, salsas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cada cuánto acude usted a las citas con médico/enfermera para el control de la presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuando se siente enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Una vez cada 4-6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una vez cada 2-3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mínimo una vez al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A parte de los controles con su médico/enfermera, cuál de las siguientes cosas se mide usted en su casa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. El pulso	
c. El peso	
d. Observarse si tiene o no hinchazón en alguna parte de su cuerpo	
¿De qué síntomas está usted pendiente/reconoce cuando se le sube la presión arterial?	
a. Alteraciones o cambios visuales	
b. Calores	
c. Cambios en el habla o en el estado vital	
d. Dificultad para dormir	
e. Disminución de la temperatura, sensibilidad o fuerza de alguna extremidad	
f. Dolor de cabeza	
g. Dolor en el pecho	
h. Fatigabilidad	
i. Mareo	
j. Nerviosismo	
k. Palpitaciones	
l. Sangrado nasal	
m. Otros	

Fuente: Estrada D, Jiménez L, Pujol E, De la Sierra A. Federación Argentina de Cardiología. [Online].; 2003 [cited 2014 Enero 20]. Available from: <http://www.fac.org.ar/tcvc/lave/tl010/tl010.PDF>.

Anexo 2: Tablas utilizadas para la elaboración del estudio

Fuente: SPSS Statistics 17.0

Tabla de contingencia Conocimientos acerca de la hipertensión * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Conocimientos acerca de la hipertensión	si	Recuento	17	3	20
		% dentro de Conocimientos acerca de la hipertensión	85,0%	15,0%	100,0%
	no	Recuento	17	8	25
		% dentro de Conocimientos acerca de la hipertensión	68,0%	32,0%	100,0%
Total			34	11	45

Tabla 3.- Grado de conocimiento en relación al género

Tabla de contingencia Explicación de la hipertensión por medico/enfermera * Conocimientos acerca de la hipertensión

			Conocimientos acerca de la hipertensión		Total
			si	no	
Explicación de la hipertensión por medico/enfermera	si	Recuento	18	18	36
		% dentro de Explicación de la hipertensión por medico/enfermera	50,0%	50,0%	100,0%
	no	Recuento	2	7	9
		% dentro de Explicación de la hipertensión por medico/enfermera	22,2%	77,8%	100,0%
Total			20	25	45

Tabla 5.- Grado de conocimiento en relación a la explicación proporcionada por profesionales sanitarios

Tabla de contingencia Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión * Conocimientos acerca de la hipertensión

			Conocimientos acerca de la hipertensión		Total
			si	no	
Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión	< de 5 años	Recuento	4	8	12
		% dentro de Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión	33,3%	66,7%	100,0%
	de 5-10 años	Recuento	4	10	14
		% dentro de Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión	28,6%	71,4%	100,0%
Total			20	25	45

Tabla 7.- Grado de conocimiento en relación al año de su diagnóstico

Tabla de contingencia Nivel de estudios de los pacientes * Conocimientos acerca de la hipertensión

			Conocimientos acerca de la hipertensión		Total
			si	no	
Nivel de estudios de los pacientes	primarios	Recuento	9	14	23
		% dentro de Nivel de estudios de los pacientes	39,1%	60,9%	100,0%
		% dentro de Conocimientos acerca de la hipertensión	45,0%	56,0%	51,1%
		Recuento	0	1	1
	secundarios	% dentro de Nivel de estudios de los pacientes	,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Conocimientos acerca de la hipertensión	,0%	4,0%	2,2%
		Recuento	5	0	5
		% dentro de Nivel de estudios de los pacientes	100,0%	,0%	100,0%
	bachillerato	% dentro de Conocimientos acerca de la hipertensión	25,0%	,0%	11,1%
		Recuento	3	9	12
		% dentro de Nivel de estudios de los pacientes	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de Conocimientos acerca de la hipertensión	15,0%	36,0%	26,7%
formación profesional	Recuento	3	1	4	
	% dentro de Nivel de estudios de los pacientes	75,0%	25,0%	100,0%	
	% dentro de Conocimientos acerca de la hipertensión	15,0%	4,0%	8,9%	
	Recuento	20	25	45	
Total			44,4%	55,6%	100,0%

Tabla 4.- Grado de conocimiento en relación al nivel de estudios

Tabla de contingencia Antecedentes familiares de hipertensión * Conocimientos acerca de la hipertensión

			Conocimientos acerca de la hipertensión		Total
			si	no	
Antecedentes familiares de hipertensión	si	Recuento	2	5	7
		% dentro de Antecedentes familiares de hipertensión	28,6%	71,4%	100,0%
	no	Recuento	0	2	2
		% dentro de Antecedentes familiares de hipertensión	,0%	100,0%	100,0%
Total			2	7	9

Tabla 6.- Grado de conocimiento en relación a los antecedentes familiares

Tabla de contingencia Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión * Explicación de la hipertensión por medico/enfermera

			Explicación de la hipertensión por medico/enfermera		Total
			si	no	
Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión	< de 5 años	Recuento	9	3	12
		% dentro de Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión	75,0%	25,0%	100,0%
	de 5-10 años	Recuento	13	1	14
		% dentro de Año en el que se le fue diagnosticado la hipertensión	92,9%	7,1%	100,0%
Total			36	9	45

Tabla 8.- Relación entre el año de diagnóstico de HTA y explicación por parte de profesionales sanitarios

Tabla de contingencia Cumple con la toma de los medicamentos * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la toma de los medicamentos	si	Recuento	30	9	39
		% dentro de Cumple con la toma de los medicamentos	76,9%	23,1%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	93,8%	100,0%	95,1%
	no	Recuento	2	0	2
		% dentro de Cumple con la toma de los medicamentos	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	6,3%	,0%	4,9%
Total		Recuento	32	9	41
		% dentro de Cumple con la toma de los medicamentos	78,0%	22,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9.- Cumplimiento del tratamiento farmacológico en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con la toma de los medicamentos * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con la toma de los medicamentos	si	Recuento	10	17	12	39
		% dentro de Cumple con la toma de los medicamentos	25,6%	43,6%	30,8%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	83,3%	100,0%	100,0%	95,1%
	no	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de Cumple con la toma de los medicamentos	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	16,7%	,0%	,0%	4,9%
Total		Recuento	12	17	12	41
		% dentro de Cumple con la toma de los medicamentos	29,3%	41,5%	29,3%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 10.- Cumplimiento del tratamiento farmacológico en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con el tipo de ejercicio recomendado * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	si	Recuento	19	8	27
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	70,4%	29,6%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	55,9%	72,7%	60,0%
	no	Recuento	15	3	18
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	44,1%	27,3%	40,0%
Total		Recuento	34	11	45
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	75,6%	24,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 11.- Cumplimiento con el tipo de ejercicio recomendado en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con el tipo de ejercicio recomendado * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	si	Recuento	7	14	6	27
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	25,9%	51,9%	22,2%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	73,7%	50,0%	60,0%
	no	Recuento	7	5	6	18
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	38,9%	27,8%	33,3%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	26,3%	50,0%	40,0%
Total		Recuento	14	19	12	45
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 12.- Cumplimiento con el tipo de ejercicio recomendado en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con el tiempo recomendado * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con el tiempo recomendado	si	Recuento	15	7	22
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	68,2%	31,8%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	44,1%	63,6%	48,9%
	no	Recuento	19	4	23
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	82,6%	17,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	55,9%	36,4%	51,1%
Total		Recuento	34	11	45
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	75,6%	24,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 13.- Cumplimiento con el tiempo de ejercicio recomendado en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con la constancia por semana * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la constancia por semana	si	Recuento	14	7	21
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	41,2%	63,6%	46,7%
	no	Recuento	20	4	24
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	58,8%	36,4%	53,3%
Total		Recuento	34	11	45
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	75,6%	24,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 14.- Cumplimiento con la constancia de ejercicio recomendado en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con el tiempo recomendado * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con el tiempo recomendado	si	Recuento	5	12	5	22
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	22,7%	54,5%	22,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	35,7%	63,2%	41,7%	48,9%
	no	Recuento	9	7	7	23
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	39,1%	30,4%	30,4%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	64,3%	36,8%	58,3%	51,1%
Total		Recuento	14	19	12	45
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 15.- Cumplimiento con el tiempo de ejercicio recomendado en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con la constancia por semana * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con la constancia por semana	si	Recuento	3	10	8	21
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	14,3%	47,6%	38,1%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	21,4%	52,6%	66,7%	46,7%
	no	Recuento	11	9	4	24
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	45,8%	37,5%	16,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	78,6%	47,4%	33,3%	53,3%
Total		Recuento	14	19	12	45
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 16.- Cumplimiento con la constancia de ejercicio recomendado en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en sal * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la dieta baja en sal	si	Recuento	22	9	31
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	71,0%	29,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	64,7%	81,8%	68,9%
	no	Recuento	12	2	14
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	85,7%	14,3%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	35,3%	18,2%	31,1%
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 17.- Cumplimiento con la dieta baja en sal en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en sal * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con la dieta baja en sal	si	Recuento	10	11	10	31
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	32,3%	35,5%	32,3%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	71,4%	57,9%	83,3%	68,9%
	no	Recuento	4	8	2	14
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	28,6%	42,1%	16,7%	31,1%
Total	Recuento	14	19	12	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%	
	% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 18.- Cumplimiento con la dieta baja en sal en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en grasas * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la dieta baja en grasas	si	Recuento	24	8	32
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	70,6%	72,7%	71,1%
	no	Recuento	10	3	13
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	76,9%	23,1%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	29,4%	27,3%	28,9%
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 19.- Cumplimiento con la dieta baja en grasas en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en grasas * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con la dieta baja en grasas	si	Recuento	10	13	9	32
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	31,3%	40,6%	28,1%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	71,4%	68,4%	75,0%	71,1%
	no	Recuento	4	6	3	13
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	30,8%	46,2%	23,1%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	28,6%	31,6%	25,0%	28,9%
Total	Recuento	14	19	12	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%	
	% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 20.- Cumplimiento con la dieta baja en grasas en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en azúcares * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la dieta baja en azúcares	si	Recuento	22	8	30
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	73,3%	26,7%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	64,7%	72,7%	66,7%
	no	Recuento	12	3	15
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	35,3%	27,3%	33,3%
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 21.- Cumplimiento con la dieta baja en azúcares en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en azúcares * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con la dieta baja en azúcares	si	Recuento	12	12	6	30
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	85,7%	63,2%	50,0%	66,7%
	no	Recuento	2	7	6	15
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	13,3%	46,7%	40,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	14,3%	36,8%	50,0%	33,3%
Total	Recuento	14	19	12	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%	
	% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 22.- Cumplimiento con la dieta baja en azúcares en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	si	Recuento	24	9	33
		% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	72,7%	27,3%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	70,6%	81,8%	73,3%
	no	Recuento	10	2	12
		% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	29,4%	18,2%	26,7%
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 23.- Cumplimiento con el incremento en el consumo de frutas y verduras en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	si	Recuento	7	15	11	33
		% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	21,2%	45,5%	33,3%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	78,9%	91,7%	73,3%
	no	Recuento	7	4	1	12
		% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	58,3%	33,3%	8,3%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	21,1%	8,3%	26,7%
Total	Recuento	14	19	12	45	
	% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%	
	% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 24.- Cumplimiento con el incremento en el consumo de frutas y verduras en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	si	Recuento	21	7	28
		% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	75,0%	25,0%	100,0%
	no	Recuento	13	4	17
		% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	76,5%	23,5%	100,0%
Total			34	11	45

Tabla 25.- Cumplimiento con las cantidades recomendadas de alimentos en cuanto al género

Tabla de contingencia Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	si	Recuento	7	12	9	28
		% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	25,0%	42,9%	32,1%	100,0%
	no	Recuento	7	7	3	17
		% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	41,2%	41,2%	17,6%	100,0%
Total			14	19	12	45

Tabla 26.- Cumplimiento con las cantidades recomendadas de alimentos en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en sal * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la dieta baja en sal	si	Recuento	6	3	9
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	66,7%	33,3%	100,0%
	no	Recuento	4	1	5
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	80,0%	20,0%	100,0%
Total			10	4	14

Tabla 27.- Cumplimiento con la dieta baja en sal en cuanto a padecer obesidad

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en grasas * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la dieta baja en grasas	si	Recuento	4	2	6
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	66,7%	33,3%	100,0%
	no	Recuento	6	2	8
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	75,0%	25,0%	100,0%
Total			10	4	14

Tabla 28.- Cumplimiento con la dieta baja en grasas en cuanto a padecer obesidad

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en azúcares * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con la dieta baja en azúcares	si	Recuento	7	2	9
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	77,8%	22,2%	100,0%
	no	Recuento	3	2	5
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	60,0%	40,0%	100,0%
Total			10	4	14

Tabla 29.- Cumplimiento con la dieta baja en azúcares en cuanto a padecer obesidad

Tabla de contingencia Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	si	Recuento	8	2	10
		% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	80,0%	20,0%	100,0%
	no	Recuento	2	2	4
		% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	50,0%	50,0%	100,0%
Total			10	4	14

Tabla 30.- Cumplimiento con el incremento de frutas y verduras en cuanto a padecer obesidad

Tabla de contingencia Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	si	Recuento	5	2	7
		% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	71,4%	28,6%	100,0%
	no	Recuento	5	2	7
		% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	71,4%	28,6%	100,0%
Total			10	4	14

Tabla 31.- Cumplimiento con la ingesta de cantidades recomendadas en cuanto a padecer obesidad

Tabla de contingencia Evita el consumo de alcohol * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Evita el consumo de alcohol	si	Recuento	3	1	4
		% dentro de Evita el consumo de alcohol	75,0%	25,0%	100,0%
	no	Recuento	8	1	9
		% dentro de Evita el consumo de alcohol	88,9%	11,1%	100,0%
Total			11	2	13

Tabla 32.- Evitar el consumo de alcohol en cuanto al género

Tabla de contingencia Evita el consumo de alcohol * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Evita el consumo de alcohol	si	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de Evita el consumo de alcohol	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	20,0%	,0%	30,8%
	no	Recuento	3	4	2	9
		% dentro de Evita el consumo de alcohol	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	80,0%	100,0%	69,2%
Total		Recuento	6	5	2	13
		% dentro de Evita el consumo de alcohol	46,2%	38,5%	15,4%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 33.- Evitar el consumo de alcohol en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Evita el consumo de tabaco * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Evita el consumo de tabaco	si	Recuento	2	0	2
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	22,2%	,0%	20,0%
	no	Recuento	7	1	8
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	87,5%	12,5%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	77,8%	100,0%	80,0%
Total		Recuento	9	1	10
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	90,0%	10,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 34.- Evitar el consumo de tabaco en cuanto al género

Tabla de contingencia Evita el consumo de tabaco * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Evita el consumo de tabaco	si	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	33,3%	20,0%	,0%	20,0%
	no	Recuento	2	4	2	8
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	66,7%	80,0%	100,0%	80,0%
Total		Recuento	3	5	2	10
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 35.- Evitar el consumo de tabaco en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Evita el consumo de cafe * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Evita el consumo de cafe	si	Recuento	18	7	25
		% dentro de Evita el consumo de cafe	72,0%	28,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	52,9%	63,6%	55,6%
	no	Recuento	16	4	20
		% dentro de Evita el consumo de cafe	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	47,1%	36,4%	44,4%
Total		Recuento	34	11	45
		% dentro de Evita el consumo de cafe	75,6%	24,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 36.- Evitar el consumo de café en cuanto al género

Tabla de contingencia Evita el consumo de cafe * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Evita el consumo de cafe	si	Recuento	10	9	6	25
		% dentro de Evita el consumo de cafe	40,0%	36,0%	24,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	71,4%	47,4%	50,0%	55,6%
	no	Recuento	4	10	6	20
		% dentro de Evita el consumo de cafe	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	28,6%	52,6%	50,0%	44,4%
Total		Recuento	14	19	12	45
		% dentro de Evita el consumo de cafe	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 37.- Evitar el consumo de café en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Evita las situaciones de estres y disgustos * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Evita las situaciones de estres y disgustos	si	Recuento	22	7	29
		% dentro de Evita las situaciones de estres y disgustos	75,9%	24,1%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	64,7%	63,6%	64,4%
	no	Recuento	12	4	16
		% dentro de Evita las situaciones de estres y disgustos	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	35,3%	36,4%	35,6%
Total		Recuento	34	11	45
		% dentro de Evita las situaciones de estres y disgustos	75,6%	24,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 38.- Evitar las situaciones de estrés y disgustos en cuanto al género

Tabla de contingencia Evita las situaciones de estres y disgustos * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Evita las situaciones de estres y disgustos	si	Recuento	8	13	8	29
		% dentro de Evita las situaciones de estres y disgustos	27,6%	44,8%	27,6%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	57,1%	68,4%	66,7%	64,4%
	no	Recuento	6	6	4	16
		% dentro de Evita las situaciones de estres y disgustos	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	42,9%	31,6%	33,3%	35,6%
Total		Recuento	14	19	12	45
		% dentro de Evita las situaciones de estres y disgustos	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 39.- Evitar las situaciones de estrés y disgustos en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Evita el sedentarismo * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Evita el sedentarismo	si	Recuento	25	6	31
		% dentro de Evita el sedentarismo	80,6%	19,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	73,5%	54,5%	68,9%
	no	Recuento	9	5	14
		% dentro de Evita el sedentarismo	64,3%	35,7%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	26,5%	45,5%	31,1%
Total		Recuento	34	11	45
		% dentro de Evita el sedentarismo	75,6%	24,4%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 40.- Evitar el sedentarismo en cuanto al género

Tabla de contingencia Evita el sedentarismo * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Evita el sedentarismo	si	Recuento	8	15	8	31
		% dentro de Evita el sedentarismo	25,8%	48,4%	25,8%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	57,1%	78,9%	66,7%	68,9%
	no	Recuento	6	4	4	14
		% dentro de Evita el sedentarismo	42,9%	28,6%	28,6%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	42,9%	21,1%	33,3%	31,1%
Total		Recuento	14	19	12	45
		% dentro de Evita el sedentarismo	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 41.- Evitar el sedentarismo en cuanto al grupo de edad

Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao

Tabla de contingencia Evita el consumo de alimentos no recomendados * Sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			hombre	mujer	
Evita el consumo de alimentos no recomendados	si	Recuento	20	7	27
		% dentro de Evita el consumo de alimentos no recomendados	74,1%	25,9%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	58,8%	63,6%	60,0%
	no	Recuento	14	4	18
		% dentro de Evita el consumo de alimentos no recomendados	77,8%	22,2%	100,0%
		% dentro de Sexo del paciente	41,2%	36,4%	40,0%
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Evita el consumo de alimentos no recomendados	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 42.- Evitar el consumo de alimentos no recomendados en cuanto al género

Tabla de contingencia Evita el consumo de alimentos no recomendados * Grupo de edad

			Grupo de edad			Total
			1	2	3	
Evita el consumo de alimentos no recomendados	si	Recuento	7	13	7	27
		% dentro de Evita el consumo de alimentos no recomendados	25,9%	48,1%	25,9%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	68,4%	58,3%	60,0%
	no	Recuento	7	6	5	18
		% dentro de Evita el consumo de alimentos no recomendados	38,9%	33,3%	27,8%	100,0%
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	31,6%	41,7%	40,0%
Total	Recuento	14	19	12	45	
	% dentro de Evita el consumo de alimentos no recomendados	31,1%	42,2%	26,7%	100,0%	
	% dentro de Grupo de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 43.- Evitar el consumo de alimentos no recomendados en cuanto al grupo de edad

Tabla de contingencia Cumple con el tipo de ejercicio recomendado * Recomendaciones actividad física

			Recomendaciones actividad física		Total
			si	no	
Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	si	Recuento	26	1	27
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	96,3%	3,7%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones actividad física	60,5%	50,0%	60,0%
	no	Recuento	17	1	18
		% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	94,4%	5,6%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones actividad física	39,5%	50,0%	40,0%
Total	Recuento	43	2	45	
	% dentro de Cumple con el tipo de ejercicio recomendado	95,6%	4,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones actividad física	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 44.- Cumplimiento del tipo de ejercicio en cuanto a la recomendación de realizar actividad física

Tabla de contingencia Cumple con el tiempo recomendado * Recomendaciones actividad física

			Recomendaciones actividad física		Total
			si	no	
Cumple con el tiempo recomendado	si	Recuento	22	0	22
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones actividad física	51,2%	,0%	48,9%
	no	Recuento	21	2	23
		% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	91,3%	8,7%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones actividad física	48,8%	100,0%	51,1%
Total	Recuento	43	2	45	
	% dentro de Cumple con el tiempo recomendado	95,6%	4,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones actividad física	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 45.- Cumplimiento del tiempo de ejercicio en cuanto a la recomendación de realizar actividad física

Tabla de contingencia Cumple con la constancia por semana * Recomendaciones actividad física

			Recomendaciones actividad física		Total
			si	no	
Cumple con la constancia por semana	si	Recuento	20	1	21
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	95,2%	4,8%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones actividad física	46,5%	50,0%	46,7%
	no	Recuento	23	1	24
		% dentro de Cumple con la constancia por semana	95,8%	4,2%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones actividad física	53,5%	50,0%	53,3%
Total	Recuento	43	2	45	
	% dentro de Cumple con la constancia por semana	95,6%	4,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones actividad física	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 46.- Cumplimiento de la constancia por semana de ejercicio en cuanto a la recomendación de realizar actividad física

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en sal * Recomendaciones evitar sal

			Recomendaciones evitar sal		Total
			si	no	
Cumple con la dieta baja en sal	si	Recuento	27	4	31
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	87,1%	12,9%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones evitar sal	71,1%	57,1%	68,9%
	no	Recuento	11	3	14
		% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	78,6%	21,4%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones evitar sal	28,9%	42,9%	31,1%
Total	Recuento	38	7	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en sal	84,4%	15,6%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones evitar sal	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 47.- Cumplimiento con la dieta baja en sal en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en grasas * Recomendaciones dieta

			Recomendaciones dieta		Total
			si	no	
Cumple con la dieta baja en grasas	si	Recuento	23	9	32
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	71,9%	28,1%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones dieta	67,6%	81,8%	71,1%
	no	Recuento	11	2	13
		% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	84,6%	15,4%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones dieta	32,4%	18,2%	28,9%
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en grasas	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones dieta	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 48.- Cumplimiento con la dieta baja en grasas en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Cumple con la dieta baja en azúcares * Recomendaciones dieta

			Recomendaciones dieta		Total
			si	no	
Cumple con la dieta baja en azúcares	si	Recuento	22	8	30
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	73,3%	26,7%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones dieta	64,7%	72,7%	66,7%
	no	Recuento	12	3	15
		% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones dieta	35,3%	27,3%	33,3%
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con la dieta baja en azúcares	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones dieta	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 49.- Cumplimiento con la dieta baja en azúcares en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras * Recomendaciones dieta

		Recomendaciones dieta		Total	
		si	no		
Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	si	Recuento	27	6	33
		% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	81,8%	18,2%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones dieta	79,4%	54,5%	73,3%
	no	Recuento	7	5	12
	% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	58,3%	41,7%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones dieta	20,6%	45,5%	26,7%	
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones dieta	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 50.- Cumplimiento con el incremento en frutas y verduras en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos * Recomendaciones dieta

		Recomendaciones dieta		Total	
		si	no		
Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	si	Recuento	21	7	28
		% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones dieta	61,8%	63,6%	62,2%
	no	Recuento	13	4	17
	% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	76,5%	23,5%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones dieta	38,2%	36,4%	37,8%	
Total	Recuento	34	11	45	
	% dentro de Cumple con las cantidades recomendadas de alimentos	75,6%	24,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones dieta	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 51.- Cumplimiento con las cantidades de alimento adecuadas en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Obeso * Recomendación bajar de peso

		Recomendación bajar de peso		Total	
		si	no		
Obeso	si	Recuento	13	1	14
		% dentro de Obeso	92,9%	7,1%	100,0%
		% dentro de Recomendación bajar de peso	39,4%	8,3%	31,1%
	no	Recuento	20	11	31
	% dentro de Obeso	64,5%	35,5%	100,0%	
	% dentro de Recomendación bajar de peso	60,6%	91,7%	68,9%	
Total	Recuento	33	12	45	
	% dentro de Obeso	73,3%	26,7%	100,0%	
	% dentro de Recomendación bajar de peso	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 52.- Recomendación bajar de peso en cuanto a la condición de padecer obesidad

Tabla de contingencia Evita las situaciones de estrés y disgustos * Recomendaciones manejo del estrés

		Recomendaciones manejo del estrés		Total	
		si	no		
Evita las situaciones de estrés y disgustos	si	Recuento	12	17	29
		% dentro de Evita las situaciones de estrés y disgustos	41,4%	58,6%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones manejo del estrés	66,7%	63,0%	64,4%
	no	Recuento	6	10	16
	% dentro de Evita las situaciones de estrés y disgustos	37,5%	62,5%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones manejo del estrés	33,3%	37,0%	35,6%	
Total	Recuento	18	27	45	
	% dentro de Evita las situaciones de estrés y disgustos	40,0%	60,0%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones manejo del estrés	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 53.- Cumplimiento con evitar situaciones de estrés y disgustos en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Evita el consumo de tabaco * Recomendaciones tabaco y alcohol

		Recomendaciones tabaco y alcohol		Total	
		si	no		
Evita el consumo de tabaco	si	Recuento	24	10	34
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	70,6%	29,4%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	68,6%	100,0%	75,6%
	no	Recuento	11	0	11
	% dentro de Evita el consumo de tabaco	100,0%	,0%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	31,4%	,0%	24,4%	
Total	Recuento	35	10	45	
	% dentro de Evita el consumo de tabaco	77,8%	22,2%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 54.- Cumplimiento con evitar el tabaquismo en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Evita el consumo de alcohol * Recomendaciones tabaco y alcohol

		Recomendaciones tabaco y alcohol		Total	
		si	no		
Evita el consumo de alcohol	si	Recuento	21	8	29
		% dentro de Evita el consumo de alcohol	72,4%	27,6%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	60,0%	80,0%	64,4%
	no	Recuento	14	2	16
	% dentro de Evita el consumo de alcohol	87,5%	12,5%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	40,0%	20,0%	35,6%	
Total	Recuento	35	10	45	
	% dentro de Evita el consumo de alcohol	77,8%	22,2%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 55.- Cumplimiento con el consumo de alcohol en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Evita el consumo de tabaco * Recomendaciones tabaco y alcohol

		Recomendaciones tabaco y alcohol		
		si	Total	
Evita el consumo de tabaco	si	Recuento	2	2
		% dentro de Evita el consumo de tabaco	100,0%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	20,0%	20,0%
	no	Recuento	8	8
	% dentro de Evita el consumo de tabaco	100,0%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	80,0%	80,0%	
Total	Recuento	10	10	
	% dentro de Evita el consumo de tabaco	100,0%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	100,0%	100,0%	

Tabla 56.- Cumplimiento de los pacientes consumidores habituales de alcohol en cuanto a su recomendación

Tabla de contingencia Evita el consumo de alcohol * Recomendaciones tabaco y alcohol

		Recomendaciones tabaco y alcohol		Total	
		si	no		
Evita el consumo de alcohol	si	Recuento	3	1	4
		% dentro de Evita el consumo de alcohol	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	27,3%	50,0%	30,8%
	no	Recuento	8	1	9
	% dentro de Evita el consumo de alcohol	88,9%	11,1%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	72,7%	50,0%	69,2%	
Total	Recuento	11	2	13	
	% dentro de Evita el consumo de alcohol	84,6%	15,4%	100,0%	
	% dentro de Recomendaciones tabaco y alcohol	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 57.- Cumplimiento de los pacientes fumadores en cuanto a su recomendación