



Revista Digital de Postgrado
ISSN: 2244-761X
revistadpgmeducv@gmail.com
Universidad Central de Venezuela
Venezuela

Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes

Hernández-Castillo, Miriam; Blanca, Ennis; Rojano-Rada, Jairo; Aldana-Sandoval, Mirla
Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes
Revista Digital de Postgrado, vol. 9, núm. 1, 2020
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.1.e189>

© Universidad Central de Venezuela, 2020
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 Internacional.

Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes

Blood hypertension and diabetes mellitus type 2: educational impact on the quality of life of patients

Miriam Hernández-Castillo

Hospital Central del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Dr. Miguel Pérez Carreño", Caracas, Venezuela

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.1.e189>

Ennis Blanca

Hospital Central del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Dr. Miguel Pérez Carreño", Caracas, Venezuela

Recepción: 02 Agosto 2019
Aprobación: 09 Noviembre 2019

Jairo Rojano-Rada

Director del Centro Biomédico de Investigación en Medicina Interna – CEBIMI. Hospital Central del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Dr. Miguel Pérez Carreño", Caracas, Venezuela
cebimehmpc@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0001-5203-1165>

Mirla Aldana-Sandoval

Coordinador Académico del Postgrado de Medicina Interna. Hospital Central del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Dr. Miguel Pérez Carreño". Caracas, Venezuela

Recepción: 02 Agosto 2019
Aprobación: 09 Noviembre 2019

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar el impacto educativo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) e Hipertensión arterial (HTA), y su efecto en la calidad de vida. **Métodos:** Se realizó un estudio intervención en comunidad, en pacientes con diagnóstico de DMT2 e HTA, en la consulta de Medicina Interna. **Resultados:** Participaron 314 pacientes, distribuidos en un grupo estudio (n = 160) y grupo control (n = 154). Sin diferencias en edad (p = 0,491) y sexo (p = 0,747). En la calidad de vida de pacientes DM entre pre y post charla, en cada grupo, sin diferencias entre grupos en pre-charla (p = 0,869), pero sí en post-charla (p = 0,001), siendo calidad de vida más alta en el grupo estudio (98,2%) que en grupo control (76,9%). Al evaluar los cambios entre pre y post charla, se observó que pre charla en el grupo estudio tuvo 86% de alta calidad de vida, posterior aumentó a 98,2%, cambio estadístico (p = 0,008), en grupo control en cambio, la calidad de vida pre charla fue 87% pasó a 76,9% posterior a ésta, aun así, fue un cambio significativo (p = 0,025) La calidad de vida en HTA, sin diferencias en pre y post charla. La comparación entre pre charla y post charla, en el grupo estudio, no tuvo cambios (p = 0,157) como igualmente en el grupo control (p = 0,317). **Conclusiones:** Se demostró el impacto positivo de un plan educativo en calidad de vida de los pacientes con diabetes, mas no en pacientes hipertensos.

PALABRAS CLAVE: Intervención Educativa, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Calidad de vida.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the educational impact in patients with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) and arterial hypertension (AHT), and its effect on quality of life. **Methods:** A community intervention study was carried out in patients diagnosed with T2DM and HBP in the Internal Medicine department. **Results:** 314 patients participated, distributed in a study group (n = 160) and control group (n = 154). No differences in age (p = 0.491) and sex (p = 0.747). In the quality of life of DM patients between pre and post talk, in each group, without differences between groups in pre-talk (p = 0.869), but in post-talk (p = 0.001), with higher quality of life in the study group (98.2%) than in the control group (76.9%). When evaluating the changes between pre

and post talk, it was observed that pre-talk in the study group had 86% of high quality of life, later it increased to 98.2%, statistical change ($p = 0.008$), in control group instead, Pre-chat quality of life was 87%, after 76.9%, it was still a significant change ($p = 0.025$) Quality of life in HTA, without differences in pre and post talk. The comparison between pre-talk and post-talk, in the study group, did not change ($p = 0.157$) as well as in the control group ($p = 0.317$). **Conclusions:** The positive impact of an educational plan on the quality of life of diabetic patients was demonstrated, but not in hypertensive patients.

KEYWORDS: Educational Intervention, Diabetes Mellitus, Arterial hypertension, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

En Venezuela, al igual que en otros países, la hipertensión arterial (HTA) se constituye en un problema de salud pública al presentarse en un 35 % de la población nacional para el año 2013, según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS),⁽¹⁾ y a su vez es uno de los principales factores de riesgos para enfermedades cardiovasculares como el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) siendo este la principal causa de muerte de la población adulta venezolana representando 18.752 muertes en el 2010, lo que equivale al 13,54 % de la mortalidad total para ese año.

En cuanto la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM tipo 2), como⁽²⁾ también representa un reto mundial ante su incremento, de hecho las proyecciones epidemiológicas indican a que seguirán en aumento. En 1985 la prevalencia mundial de diabetes mellitus, apuntaba a 30 millones de personas, una década después la cifra se cuadruplicó a 135 millones de personas y se calcula que para el 2025 esa cifra alcanzara 300 millones, lo cual implica un serio problema para las políticas de salud pública a nivel mundial.

La OMS⁽³⁾, por su parte, define la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como: “La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

En el análisis sobre la consulta externa de medicina interna del Hospital Central del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS) “Dr. Miguel Pérez Carreño” del de en relación a la atención en Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial se ha observado que el 40% de los pacientes de ambos programas se encuentra en riesgo muy alto⁽⁴⁾, adicionalmente los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2⁽⁵⁾ presentaban una media de 8.98%, lo cual indiscutiblemente tiene un impacto en la calidad de vida de los mismos, motivo por lo cual se decidió evaluar esta área mediante la aplicación de los cuestionarios de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) y la versión en español de la DQOL o EsDQOL.

MÉTODOS

Se trata de un estudio es de intervención en comunidad, unicéntrico, con dos grupos de pacientes, con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, en el ámbito de la consulta externa de medicina interna del Hospital Central del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS) “Dr. Miguel Pérez Carreño”, durante el periodo comprendido entre enero a octubre 2017.

La población analizada eran pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, según la ADA - 2016 y ESH/ESC. Los criterios de inclusión definidos en este estudio fueron: pacientes mayores de 18 años que cumplieron los criterios 2013, sin distinción de géneros. Siendo excluidos aquellos pacientes con comorbilidades incapacitantes graves (ej. Enfermedades psiquiátricas o daño cerebral de origen estructural), drogadicción y/o alcoholismo que condicionen una inadecuada recolección de los datos requeridos, y pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1.

Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado que contó con la aprobación del Comité de Bioética del Hospital Central del IVSS “Dr. Miguel Pérez Carreño”, en cumplimiento de lo establecido por la declaración de Helsinki.

Procedimiento

se seleccionaron pacientes de la sección de consulta externa de Medicina Interna del Hospital Central del IVSS Dr. Miguel Pérez Carreño, constituyéndose 4 grupos, los pacientes que de manera voluntaria aceptaron ser parte del estudio, fueron distribuidos según terminal de cedula, dividiéndose en dos grupos experimentales A1 para HTA y B1 para DM tipo 2 donde se asignaron los impares y 2 grupos controles A2 para HTA y B2 para DM tipo 2 donde tenían terminal en pares.

El programa educativo fue dividido en 6 fases, en cada una de las cuales se dictó una charla por medio del autor e invitados, organizadas de la siguiente forma: para los grupos experimentales (A1 – B1) se diseñó un cronograma de temas de capacitación: sobre concepto de la enfermedad, complicaciones, valoración de síntomas de alarma, comorbilidades, importancia del tratamiento, efectos adversos del tratamiento en HTA Y DM tipo 2. En el grupo 2 (A2 – B2) el programa educativo estuvo constituido por: importancia de las visitas al médico, contaminación ambiental y salud, calidad de los servicios de salud, estrés, Salud oral y violencia de género.

Al iniciar y culminar las fases de capacitación educativa a ambos grupos se les aplicó los respectivos cuestionarios, en los pacientes con DM tipo 2 se empleó el cuestionario de calidad de vida DQOL y en los pacientes hipertensos se aplicó el cuestionario de calidad de vida CHAL y para ambos grupos se usó el cuestionario Morisky Green que evaluó la adherencia al tratamiento.

El instrumento de la recolección de datos del presente estudio esta estructurado en dos segmentos, el primero correspondiente a la ficha del paciente que contiene datos de identificación, epidemiológicos pertinentes, y la segunda parte está constituida por las preguntas referentes al grado de información de los pacientes con respecto a su enfermedad mediante las escalas antes citadas.

Tratamiento Estadístico

Se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. Los contrastes entre variables nominales se hicieron con la prueba de chi-cuadrado. En el caso de las variables continuas se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes. Los cambios de las respuestas entre la pre y post charla, se evaluaron con la prueba de homogeneidad marginal. Se consideró un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con SPSS versión 24.

RESULTADOS

Características epidemiológicas de los pacientes

La muestra estuvo representada por 314 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y fueron distribuidos en dos grupos, uno experimental conformado por 160 pacientes y otro control, conformado por 154 pacientes. No hubo diferencias en la edad ($p = 0,491$), en el género ($p = 0,747$), y estrato socioeconómico ($p = 0,582$). La condición laboral que predominó fue desempleo, en ambos otro grupo, sin diferencia estadística ($p = 0,419$). La morbilidad más prevalente fue la HTA, con la misma proporción entre grupos y sin diferencia estadística ($p = 0,933$) y la diabetes mellitus ($p = 0,499$). En el tratamiento hipoglicemiante, sin diferencias entre los grupos ($p = 0,541$). Al igual que el tratamiento antihipertensivo, sin diferencias ($p = 0,532$) (Tabla 1).

TABLA 1
Estadísticos descriptivos e indicadores epidemiológicos según grupos

Variables	Experimental (A1/B1)	Control (A2-B2)	P
n	160	154	
Edad (años)	64 ± 12	65 ± 13	0,491
Género			0,747
Femenino	99 (61,9)	98 (63,9)	
Masculino	61(38,1)	56 (36,4)	
Estrato socioeconómico			0,582
I	2 (1,3)	1 (0,6)	
II	9 (5,6)	10 (6,5)	
III	30 (18,8)	32 (20,8)	
IV	94 (58,8)	96 (62,3)	
V	25 (15,6)	15 (9,7)	
Condición laboral			0,419
Independiente	17 (10,6)	13 (8,4)	
Empleado	29 (18,1)	25 (16,2)	
Desempleado	60 (37,5)	72 (46,8)	
Jubilado	54 (33,8)	44 (28,6)	
Morbilidad			
Diabetes mellitus	62 (38,8)	54 (35,1)	0,499
HTA	151 (94,4)	145 (94,2)	0,933
Tratamiento hipoglicemiante			0,541
No tratado	103 (64,4)	102 (66,2)	
Hipoglicemiante oral	41 (25,6)	33 (21,4)	
Insulina	10 (6,3)	15 (9,7)	
Hipoglicemiante oral e insulina	6 (3,8)	4 (2,6)	
Tratamiento antihipertensivo			0,532
No tratado	10 (6,3)	16 (10,4)	
IECA	41 (25,6)	37 (24,0)	
ARAII	85 (53,1)	76 (49,4)	
Calcioantagonistas	20 (12,5)	20 (13,0)	
Diuréticos	0 (0,0)	2 (1,3)	
Betabloqueantes	4 (2,5)	3 (1,9)	

Valores entre paréntesis indican porcentaje

Evaluación del conocimiento sobre la enfermedad

Sobre el test de conocimiento de pacientes hipertensos entre el pre y la post charla, en cada grupo, no hubo diferencias significativas entre grupos en la pre-charla ($p \# 0,171$), pero sí en la post-charla ($p \# 0,001$), siendo el mayor número de respuestas acertadas en el grupo experimental – A1 (79,5%) que en el grupo control – A2 (69,0%) (Tabla 2).

TABLA 2
Evaluación del conocimiento sobre la enfermedad en pacientes con Hipertensión Arterial.

Repuestas acertadas	Experimental (A1)		Control (A2)	
	n	%	n	%
Pre charla				
1 a 3 respuestas	9	6,0	6	4,1
4 a 6 respuestas	57	37,7	42	29,0
7 a 10 respuestas	85	56,3	97	66,9
Post charla				
1 a 3 respuestas	2	1,3	7	5,4
4 a 6 respuestas	29	19,2	33	25,6
7 a 10 respuestas	120	79,5	89	69,0

Comparaciones entre grupos: En la pre-charla: $p = 0,1710$

En la post-charla: $p = 0,051$

Comparaciones entre pre y post charla en cada grupo: En experimental: $p = 0,001$

En control: $p = 0,527$

Con respecto al test de conocimiento de pacientes con diabetes no hubo diferencias significativas entre grupos en la pre-charla ($p \# 0,884$), pero sí en la post-charla ($p \# 0,008$), siendo el mayor número de respuestas acertadas en el grupo experimental – B1 (85,4%) que en el grupo control – B2 (56,9%). (Tabla 3).

TABLA 3
Evaluación del conocimiento sobre la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Repuestas acertadas	Experimental (B1)		Control (B2)	
	n	%	n	%
Pre charla				
1 a 3 respuestas	4	7,8	5	9,8
4 a 6 respuestas	18	35,3	16	31,4
7 a 10 respuestas	29	56,9	30	58,8
Post charla				
1 a 3 respuestas	0	0,0	4	7,8
4 a 6 respuestas	16	14,6	18	35,3
7 a 10 respuestas	35	85,4	29	56,9

Comparaciones entre grupos: En la pre-charla: $p = 0,884$
En la post-charla: $p = 0,008$

Comparaciones entre pre y post charla en cada grupo: En experimental: $p = 0,001$
En control: $p = 0,874$

Evaluación de la calidad de vida

Sobre la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con HTA, en ambos grupo en la pre charla no hubo diferencias estadística ($p = 0,844$) e igualmente, sin diferencias post charla ($p = 0,577$). La comparación entre pre charla y post charla, en el grupo experimental, no tuvo cambios ($p = 0,157$) como igualmente en el grupo control ($p = 0,317$) (Tabla 4).

TABLA 4
Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial pre y post charla según grupos

Calidad de vida	Experimental (A1)		Control (A2)	
	n	%	n	%
Pre charla				
Muy buena	105	77,0	99	68,3
Buena	42	30,8	44	30,3
Regular	3	2,2	2	1,4
Mala	0	0,0	0	0,0
Post charla				
Muy buena	107	71,3	101	70,1
Buena	40	26,7	42	29,2
Regular	3	2,0	1	0,7
Mala	0	0,0	0	0,0

Comparación entre grupos: Pre-charla: $p = 0,844$

Post-charla: $p = 0,577$

Comparación dentro de cada grupo: En experimental: $p = 0,157$

En control: $p = 0,317$

En los pacientes con DM tipo 2 no hubo diferencias entre grupos en la pre-charla ($p = 0,869$), pero sí en la post-charla ($p = 0,001$), siendo calidad de vida más alta en el grupo experimental (98,2%) que en el grupo control (76,9%). Por otro lado, al evaluar los cambios entre la pre y post charla en cada grupo, se observó que en la pre charla en el grupo experimental obtuvo 86% posterior a charla aumentó a 98,2%, ($p = 0,008$), y en el grupo control, la calidad de vida pre charla fue 87% pasó a 76,9% posterior a ésta. ($p = 0,025$) (Tabla 5).

TABLA 5
Evaluación de la calidad de vida Diabetes Mellitus tipo 2 pre y post charla según grupos

Calidad de vida	Experimental (B1)		Control (B2)	
	n	%	n	%
Pre charla				
Alta	49	86,0	47	87,0
Media	8	14,0	7	13,0
Baja	0	0,0	0	0,0
Post charla				
Alta	56	98,2	40	76,9
Media	1	1,8	12	23,1
Baja	0	0,0	0	0,0

Comparación entre grupos: Pre-charla: $p = 0,869$

Post-charla: $p = 0,001$

Comparación dentro de cada grupo: En experimental: $p = 0,008$

En control: $p = 0,025$

Evaluación de adherencia del tratamiento

Se evidenció diferencias en la adherencia, siendo mayor en el grupo experimental en la pre charla ($p = 0,002$), en la post charla, con diferencia estadística ($p = 0,001$) representando mayor adherencia en el grupo experimental (76,9%) y menor en el grupo control (59,7%). Los cambios entre pre y post charla, en el grupo experimental, la adherencia pasó de 44,7% a 76,9% y estadísticamente significativa ($p = 0,001$). En el grupo control, la adherencia pre charla de 58,4% paso a 59,7%, siendo un cambio no estadísticamente significativo ($p = 0,157$) (Tabla 6).

TABLA 6
Adherencia al tratamiento pre y post charla según grupos

Adherencia	Experimental (A1/B1)		Control (A2-B2)	
	n	%	n	%
Pre charla				
Si	65	44,7	90	58,4
No	95	65,3	64	41,6
Post charla				
Si	123	76,9	92	59,7
No	37	23,1	62	40,3

Comparación entre grupos: Pre-charla: p = 0,002

Post-charla: p = 0,001

Comparación dentro de cada grupo: En experimental: p = 0,001

En control: p = 0,157

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensos del estudio, no muestran diferencias con respecto al sexo y edad entre ambos grupos, observándose el predominio del sexo femenino, hallazgos semejantes al estudio realizado con este tipo de pacientes de acuerdo con Melchior et al⁽⁶⁾. La morbilidad que más prevaleció fue la HTA, con la misma proporción entre ambos grupos y sin diferencia estadística.

En cuanto al estrato socioeconómico medido mediante la escala de GRAFFAR el 94 % para el grupo estudio y el 96% para el grupo control, se ubicaron en la clase IV o clase obrera, pues tal como lo menciona Bautista⁽⁷⁾ en su estudio de calidad de vida realizado en pacientes con diabetes, ubicarse en el rango de bajo nivel socio-económico, afecta la poca información que estos pacientes manejan acerca de su enfermedad, prevención de complicaciones y medidas terapéuticas.

En el presente estudio los pacientes hipertensos del grupo estudio, previo a la charla de la prueba de conocimientos lograron obtener un 56,3% de respuestas correctas y posterior a la capacitación ascendió a un 76,5%; resultados similares se encontraron en la prueba de conocimientos para pacientes con DM donde en el grupo experimental antes del proceso de capacitación el número de respuestas acertadas fue del 56,9 % y post charla aumentó al 85,4 %, lo cual se relaciona con lo afirmado por Zafra et al⁽⁸⁾ donde resaltan la importancia de aumentar el sistema de adhesión de la población a un programa educativo, ya que mediante ello presentan un mejor nivel de conocimientos sobre la enfermedad, aumentar la percepción de riesgo frente a esta patología y la observancia de medidas elementales para la prevención de complicaciones, así mismo Castillo et al⁽⁹⁾ concluyeron que el nivel de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente está relacionado con la cantidad y calidad de la información aportada por el médico tratante y no con el nivel socioeconómico, grado de instrucción y sexo.

Con respecto al tratamiento el 64,4% de los pacientes con diabetes no estaban tratados por referir no disponer del medicamento debido a los costos y situación país, con respecto a los pacientes hipertensos solo el 6,3% no recibían tratamiento.

En relación la calidad de vida en los pacientes HTA y DM tipo 2, mediante la aplicación de las escalas CHAL y EsDQOL respectivamente, se observó que el grupo estudio de pacientes DM tipo 2, en el período post charla la calidad de vida alta fue de un 86% a un 98,2%, resultado estadísticamente significativo, hallazgo similar al estudio de Martínez Castañeda et al⁽¹⁰⁾. Con respecto a los pacientes HTA, en el grupo experimental tenían mejor percepción sobre la importancia del autocuidado de su salud, aunque los resultados estadísticamente significativos con respecto al período post charla entre ambos grupos similar al hallazgo de Jurado-Vega⁽¹¹⁾ aunque los resultados se podría asumir un escaso impacto de las actividades educativas en la calidad de vida, debemos considerar algunas limitaciones del estudio que pudieron influir en los resultados, como por ejemplo que los test al no ser anónimos, puede inducir a los entrevistados a emitir respuestas de interés al investigador, por otro lado en este grupo de pacientes la cantidad de charlas educativas con respecto a su enfermedad no fueron suficientes así como el tiempo empleado para ello.

Se evaluó la relación entre el impacto educativo y la adherencia al tratamiento, demostrándose que el grupo estudio tanto las personas con diabetes como hipertensos presentaron un aumento en la adherencia al tratamiento de un 44,7% en la pre charla a un 76,9% en la post charla, resultado estadísticamente significativo, coincidiendo con el estudio de Silva Barreto et al⁽¹²⁾.

CONCLUSIONES

La aplicación de un programa educativo demostró tener influencia en cuanto a la adherencia al tratamiento tanto en pacientes con diabetes como hipertensos, por lo cual es muy importante dar a conocer a los pacientes sobre los beneficios del tratamiento en cuanto a la prevención de complicaciones por su patología.

Ante los problemas actuales que afronta nuestro país una limitación podría ser las dificultades para el acceso de los medicamentos, que pudiera distorsionar algunos resultados.

Recomendaciones

Intensificar los programas educativos tanto de pacientes hipertensos como con diabetes en atención primaria de salud. Resaltar que las actividades educativas no solo se basa en la oferta pasiva de charlas y material educativo, sino también mediante el desarrollo de actividades en grupo en los aspectos de nutrición, ejercicios, manejo del estrés y la organización comunitaria.

Si bien el elevado tiempo de aplicación de los cuestionarios de calidad de vida alrededor de los 25 a 30 minutos, implica una limitación importante para su uso habitual en la práctica médica cotidiana, puede ser útil en ensayos clínicos y estudios a largo plazo, no obstante con lo que respecta a cuestionario de calidad de vida en hipertensos, la validación abreviada del cuestionario, el minichal⁽¹³⁾ puede ofrecer ventajas para su uso en atención primaria, el cual consta de 16 ítems.

REFERENCIAS

1. Sociedad Venezolana de Cardiología. Informe Sobre la Situación de la Salud Cardiovascular en la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Saber ULA. 2013.
2. Franch J, Álvarez JC, Álvarez F, Diago F, Hernández R, Cueto A. Epidemiología de la diabetes mellitus en la provincia de León. Med Clin. 1994; 102:306-15.
3. Organización Mundial de la Salud. Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1996. pp.385-387.

4. De La Rosa C, Puello L. Estratificación de Riesgo Cardiovascular en Pacientes de un Servicio de Medicina Interna. Especialización de medicina interna. Universidad Central de Venezuela: Caracas; 2014.
5. Pulgar A. Análisis de la Situación de Control de los Pacientes con Diabetes Tipo 2 En Venezuela. Estudio (ASICODIVE). Especialización de medicina interna. Universidad Central de Venezuela. Caracas; 2016.
6. Melchior A, Correr C, Pontarolo R, Santos F, Souza R. Calidad de vida en pacientes hipertensos, Arq Bras Cardiol 2010; 94(3) : 343-349
7. Bautista LM, Zambrano GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2015; 17(1):131-148.
8. Zafra JA, Méndez JC, Failde I. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). Rev. Endocrinología y Nutrición. 2011; 4(1): 32-41
9. Castillo, E. Calidad de Vida y Nivel de Información en Pacientes con Diagnostico de Hipertensión Arterial. Especialización de medicina interna. Universidad Central de Venezuela: Caracas; 2015.
10. Martínez D, Mota V, Olmos M, Jácome JA, Moreno BR, Pérez P, et al. Modificación de indicadores clínicos en pacientes con prediabetes o Diabetes Mellitus tipo 2 por medio de un programa educativo. Aten Fam. 2016; 23(3):89-94.
11. Jurado AG. Cambios en la ingesta de sal y práctica de ejercicio físico en pacientes hipertensos por educación sanitaria en el primer nivel de atención de salud. Rev Med Hered. 2013; 24:40-45.
12. Da Silva M, Oliveira A, Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia, Rev. Latino-Am. Enfermagem. mayo-jun. 2014; 22(3):491-8. DOI: 10.1590/0104-1169.3447.2442.
13. Dalfó A, Badia X, Roca A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Aten Primaria 2002. Aten Primaria. 2002; 29 (2): 116-121.

© Universidad Central de Venezuela, 2020

CC BY

INFORMACIÓN ADICIONAL

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Cómo citar: Hernández-Castillo M, Blanca E, Rojano-Rada J, Aldana-Sandoval M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes. Rev Digit Postgrado. 2020; 9(1): e189. doi: 10.37910/RDP.2020.9.1.e189.