

Lej. 11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
MEDICINA INTERNA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL. ESTUDIO  
COMPARATIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES  
DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Y DE UNA  
MUESTRA DE PACIENTES DE UN  
HOSPITAL RURAL.

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**  
**P R E S E N T A :**  
**DRA. MARIA ESTELA GARCIA MEDRANO**

ASESOR: DR. MOISES CASARRUBIAS RAMIREZ.



**IMSS**

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2. 67388



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO DE TESIS:

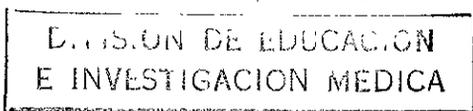
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.**

ESTUDIO COMPARATIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Y DE UNA MUESTRA DE PACIENTES DE UN HOSPITAL RURAL.

NUMERO DE REGISTRO DE TESIS: 976900133



hospital de especialidades



DR. ARTURO ROBLES PARAMO.

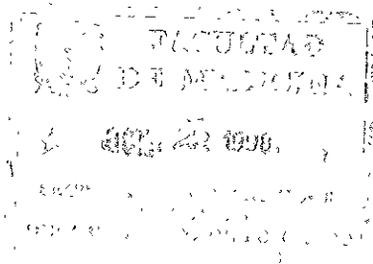
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA.

DR. ALBERTO CARLO FRATI MUNARI

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA INTERNA.

*Maria E. Gerardo Medrano.*  
DRA. MARIA ESTELA GARCIA MEDRANO.

TESISTA



## **RESUMEN**

### **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL**

ESTUDIO COMPARATIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Y UNA MUESTRA DE PACIENTES DE UN HOSPITAL RURAL.

**OBJETIVO:** Comparar la calidad de vida de los enfermos con hipertensión arterial sistémica (HAS) que radican en zona rural (R) con los de zona urbana (U).

**MATERIAL Y METODOS:** Se incluyeron en el estudio 106 pacientes con diagnóstico de HAS, 56 de zona R y 50 de zona U. Se realizó exploración física: Peso, Índice de masa corporal (IMC), Tensión arterial (TA). Glucosa, creatinina, colesterol, triglicéridos, examen general de orina (EGO), radiografía de tórax (Rx tórax), electrocardiograma (ECG). Se aplicó un cuestionario con escala de Navarro y un cuestionario con MOSSF36 a cada paciente en una ocasión. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, chi cuadrada y U de Mann Whitney.

**RESULTADOS:** No hubo diferencias en las características demográficas y clínicas entre los grupos. No hubo diferencia en la media de niveles de glucemia, colesterol, creatinina y triglicéridos entre los grupos. En la comparación de la medición de calidad de vida, se tomó el mayor puntaje como mayor grado de bienestar para los dos cuestionarios. No hubo diferencia con la escala propuesta por Navarro, solo con el MOSSF36 se encontró una diferencia significativa teniendo mejor calidad de vida los enfermos de zona rural.

**CONCLUSION:** En este estudio se establece una mejor calidad de vida en enfermos de hipertensión arterial de zona rural, considerando la evaluación global, sin embargo deberá realizarse estudios que evalúen y comparen cada área de funcionamiento del individuo.

**Palabras clave.** Hipertensión arterial. Calidad de vida.

## **ABSTRACT**

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION.

A COMPARATIVE STUDY OF A SAMPLE OF PATIENTS FROM A SPECIALITIES HOSPITAL AND ONE SAMPLE OF FROM A RURAL HOSPITAL.

OBJETIVE: It was compared the quality of life with patients that have essential hypertension who live in rural zone with others who live in urban zone

MATERIAL AND METHODS: Included in the study 106 patients with diagnosis of essential hypertension, 56 who live in a rural zone and 50 who live in urban zone. It was realized fisic exploration, weith body, body mass index, arterial tension, glycemia, creatinine, cholesterol, triglicerides, general test of urine, chest radiography and electrocardiography. It was apliqueted to questionnaire with Navarro's instrument nd questionnaire with MOSSF36 instrument to each patients an single occassion. To stadistic analysis we utilized tendence measurement central, square chi and Mann Whitney test.

RESULTS: There wasn't difference in the demographyc characteristics and clinicals between the grups. There was not difference in the median of levels of glycemia, cholesterol, creatinine and triglicerides between the groups. In quality of life, it was taken the major score like a major grade of confort for two questionaries. There was not difference with the Navarro's score, only with the MOSSF36 it was found a significant difference presenting a major quality of life in patients of rural zone.

CONCLUSION: In this study stablished a better quality of life in patients with essential hypertension who lives in rural zone, considering the global evaluation, howe ver it would be better realizad studies that evalued and compare each area of funcionament of the human being.

KEY WORDS: Essential hypertension. Quality of life.

## INTRODUCCION

En nuestro país la hipertensión arterial es un problema de salud pública que afecta al 44% de la población mayor de 40 años. (7). Se desconoce la prevalencia de hipertensión arterial en comunidades rurales en nuestro país, pero se encuentra dentro de las 5 primeras causas de demanda de atención médica de primero y segundo nivel y principal causa de hospitalización por complicaciones.(8).

El tratamiento de la hipertensión arterial se fundamenta en el balance entre los efectos benéficos de la terapia en la sobrevivencia y la incidencia de complicaciones vasculares y por otro lado los efectos adversos del tratamiento sobre el bienestar de los pacientes. La preservación de la calidad de vida involucra ambos, prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial y el efecto adverso sobre el bienestar inducido por las drogas.(9).

El concepto de calidad de vida es multidimensional y complejo sobre todo cuando se refiere a enfermedades crónicas. Clínica y operativamente es un nivel de desempeño de diversas áreas funcionales como: Actividad física, social, emocional y cognoscitiva.(10,11).

Se han realizado múltiples estudios que han evaluado el efecto de la hipertensión arterial o su tratamiento sobre la calidad de vida. Desde los estudios de Croog y colaboradores en los cuales evalúa tratamientos antihipertensivos como alfametildopa, propranolol, captopril y diuréticos, mostrando la frecuencia y severidad de los efectos secundarios y los efectos negativos de estos sobre la calidad de vida de los pacientes. (12-15 ).

En los últimos años, Testa y Anderson han realizado estudios sobre eficacia y seguridad de los efectos de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) sobre la calidad de vida, como monoterapia o combinados con diuréticos. (16).

En México Navarro es el único que ha realizado estudios de calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial utilizando una escala modificada del instrumento de Croog, sin embargo ésta no ha sido validada. Respecto a calidad de vida hubo un cambio de 20% en la calificación de buena calidad de vida al término del periodo de estudio.(17).

El MOSSF36 es el instrumento que mejor ha medido calidad de vida en enfermos con hipertensión arterial a nivel mundial. No se han realizado estudios en español con este instrumento.

No se han realizado estudios que determinen los factores que influyen en el nivel de calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en México. Se ignora si hay diferencias en el impacto que sobre la calidad de vida tienen la hipertensión arterial o su tratamiento y si hay diferencias a este respecto en población rural y urbana.

Actualmente se esta realizando un estudio de validación del MOS SF 36 para medir calidad de vida en nuestro país. Por lo tanto en nuestro estudio utilizamos los dos instrumentos que actualmente se están validando para medir y comparar calidad de vida de enfermos con hipertensión arterial que radican en área rural con los enfermos que radican en área urbana.

## MATERIAL Y METODOS

Se presentó el protocolo de investigación en el comité local de investigación del HECMR, fué aprobado. Se seleccionaron enfermos con hipertensión arterial sistémica que radican en área rural y que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Rural de Solidaridad de Zacapoaxtla, y enfermos con hipertensión arterial sistémica que radican en área urbana que acuden a la consulta externa de Medicina Interna, Angiología, Cardiología y Unidad Metabólica del HECMR. Los criterios de inclusión son. Enfermos mayores de 15 años y menores de 60 años. Sexo masculino y femenino. Con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de acuerdo a los criterios de Kaplan. Enfermos que dieron autorización por escrito para ingresar al estudio. No hay criterios de exclusión. Los criterios de no inclusión fueron diagnósticos conocidos de: Enfermedad vascular cerebral con procesos como déficit motor o sensitivo, disfasia o afasia, trastornos de la deglución, disartria, dislexia, Insuficiencia cardíaca en clase II a IV de la NYHA. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Insuficiencia renal. Diabetes Mellitus de acuerdo a criterios de ADA. Cardiopatía isquémica, con infarto al miocardio reciente o angina inestable. Enfermedades del tejido conjuntivo, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, polimiositis, dermatomiositis, espondilitis anquilosante, de Acuerdo a los criterios de la ARA. Enfermedades psiquiátricas y uso de psicotrópicos

Se captaron datos personales. Nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, domicilio, antecedentes personales patológicos (Diagnóstico y

tiempo de evolución de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, obesidad, cardiopatías, enfermedad vascular cerebral, tabaquismo y alcoholismo ) Tratamientos utilizados ( Dietéticos y medicamentos). Se realizó exploración física, anotando peso, talla, IMC, TA, FC. Datos de laboratorio: Glucemia, colesterol, triglicéridos, creatinina, EGO. RX de tórax ECG.

Se aplicó a cada paciente un cuestionario con el instrumento de Croog modificado por Navarro y el instrumento MOS SF 36 (una traducción en español), en una ocasión.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se realizó análisis descriptivo a través de medidas de tendencia central.

Se utilizó la prueba de chi cuadrada, para variables nominales y prueba T para variables independientes

La comparación de las escalas de calidad de vida se realizó mediante la prueba de U. Mann Whitney.

## RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 106 pacientes, 56 pacientes del área rural y 50 pacientes de área urbana. Todos con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica esencial, no se incluyeron pacientes que tuvieran otra enfermedad asociada. No hubo diferencias en las características demográficas entre los grupos; el antecedente de alcoholismo y tabaquismo se encontró en un porcentaje bajo en los dos grupos. La escolaridad, el mayor porcentaje fué para el grupo con primaria completa con un 30.2%. Las ocupaciones principales fueron ama de casa, empleados y obreros.

Respecto al tiempo de evolución de la hipertensión arterial se obtuvo una media de 8.170 años, mediana de 6.5 años con una desviación estandar de 6.23 en la totalidad de los pacientes. No hubo diferencia en cuanto al número de pacientes con un tratamiento antihipertensivo establecido, tanto tratandose de medicamentos como de manejo dietético.

Se realizó exploración física a todos los pacientes obteniendo una media de peso de 72 kg. IMC de 28.71% encontrando que el 70% tienen IMC mayor de 26%. Respecto a la medición de TA sistólica y diastólica, no hubo diferencia entre los grupos

Respecto a estudios de laboratorio realizados a los pacientes no hubo diferencia en los resultados obtenidos en ambos grupos, encontrando anormalidad en el resultado de colesterol con una media de 220.35mg para el área rural y 251.57mg para el área urbana. Estudios para

determinación de triglicéridos solo se realizó a 35 pacientes (33%) y de estos el 37% con resultado mayor de 200 mg.

Otros estudios realizados a los pacientes fueron: Examen general de orina, presentando anormalidad en cuatro pacientes, consistiendo esta en leucocituria y bacteriuria (+), El electrocardiograma solo fué anormal en 4 pacientes en los cuales se diagnóstico imagen de bloqueo incompleto de la rama derecha del has de his. En la radiografía de tórax se encontró cardiomegalia grado I en 5 pacientes.

Para realizar el análisis y comparación de las respuestas de los cuestionarios aplicados se tomó el puntaje mayor como mayor nivel de bienestar y capacidad física. Obtuvimos los siguientes resultados, para la escala modificada por Navarro y colaboradores no hubo diferencia entre los grupos con valores de mediana de 52.37 (R) y 51.56 (U) con una  $P=$  a 0.8920. Para el MOS SF 36 hubo mayor puntuación en el grupo de área rural que en el de área urbana, con mediana de 68.36 (R) y 36.86 (U) con una  $p = 0.0000$ , siendo la diferencia significativa .

## CONCLUSION

En México solo se ha realizado un estudio de calidad de vida utilizando una escala de Croog modificada por Navarro en evaluación de respuesta al tratamiento con captopril

obteniendo mejoría importante en cuanto a calidad de vida en una evaluación a 12 semanas. En nuestro estudio utilizamos dos instrumentos de medición, la utilizada por Navarro y el MOSSF36 encontrando diferencia solo con el instrumento MOSSF36, con mejor calidad de vida para la población de zona rural, sin embargo en esta ocasión solo se ha evaluado la puntuación total de cada escala, y por lo tanto deberán realizarse mas estudios para comparar cada una de las áreas funcionales.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## DISCUSION

A nivel mundial solo se han reportado estudios de calidad de vida en población de área rural en pacientes de raza negra, atribuyendo los resultados en la medición de calidad de vida secundarios al estilo de vida de estas poblaciones, desde bajo nivel cultural hasta bajo ingreso per cápita. (5,6). Nosotros consideramos que situación similar ocurre en las poblaciones rurales de nuestro país, sin embargo debido a esas características de bajos ingresos, nuestra población rural considera prioridad el trabajo sobre otros satisfactores desde edades tempranas de la vida y es por lo que consideramos justificados nuestros resultados, de mayor puntuación en la medición de calidad de vida con el MOSSF36 en la población rural. Consideramos es necesario realizar mas estudios de calidad de vida, sobre todo evaluando otros padecimientos crónicos , así como otros factores que intervienen en la calidad de vida como son características laborales, horas de trabajo, escolaridad, alimentación, etapa de la vida.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Epidemiología. 1997, Número 14. Volumen 14, Semana 14. 30 de marzo -5 abril.
2. Teextbook of hypertension. J.D. Swales. First edition 1994.
3. Sydney H, Croog, PhD. B. Wayne Kong, PhD, Sol Levine, PhD. Et al.Hypertensiveb  
black men and women quality of life and effects of antihypertensive medications.  
Archint med.1990;150(1733-41).
4. Dressler W.W. Education,lifestyle and artery blood pressure. J. Psychosomatic  
res:199034,5(515-23).
5. M. Buyamba-Kabaney, J.R.Fagaro, R, Staesen J.. Lijnen P.. Amery A. Correlates  
of blood pressure in rural and urban, Zaire. J. Hypertens, 1987,5(371-75)
6. Wilson T. W.. Howfield, L,R, Grim C.E. Systolic blood pressure levels in black  
populati subsahara, Africa, the west indies and the United States.  
Hypertens.1991.18 (suppl 1):187-197.
7. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Información  
estadística.1997.
8. Rotafolio único de información del Hospital Rural de Solidaridad de  
Zacapoaxtla.1996.
9. Rica S Miller M.B.. Developing a model for the study of quality of life in elderly  
patien with chronic disease: Use of hypertension as an example.  
South med j.1990,aug 83: 941-48.

10. Marcia Testa M.P.H. P.H.D. and Donald C. Simons M.D. Assessment of quality of life outcomes. *New England journal of Med* 1996. 334.13;(835-340)
11. John E. Ware Jr. P.H.O. and Cathy Donald Sherbourne. PHO. The MOS SF36 item short form health survey (SF 36) *Medical Care*. 1992.30.6;(473-83)
12. Sydney H. Croog, PhD. Sol Levine PhD. Marcia A. Testa, PhD. Byron Brown, PhD. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N. Engl.J. Med*1986;314(1657- 1664)
13. Sydney H. Croog, PhD. Levine, PhD. Abraham Sulidousky, M.D. Robert M. Baume PhD. Jonathan Clive PhD. Sexual Symptoms in hypertensive patients, *Arch int med* 1988.148(794-98)
14. Sophia W. Chang, M.D. M.P.H. Richardtime M.D. David Spiegel M.D. M.P.H. Margaret Chesney PhD. Denis Black. PhD. Stephen B. Hulley MD. M.P.H. The impact of diuretic therapy on reported sexual function. *Arch int med* 1991;151:2402-2403.
15. Ballersby C. Harley K. Fletcher A.F. Markowe H.J. Styles W. Sapper H. Bull Pill C.J. Quality of life in treated hypertension: A case control community based study *J. Human hypertens*.1995.9;12(981-986)
- 16 Marcia A, Testa, M.P.H. P.H.D. Richard P. Anderson E. D. Quality of life and antihypertensive therapy in men. *N.Engl J. Med*.1993;328(907-13)

17. Escobar E, Roessler E. Zarate. H. Roman O. Treatment of mild hypertension with captopril and captopril with hidrochlorotiazide. Impact on blood pressure values and quality of life. Rev Med Chil. 1993,12,3.
- 18 Ballersby C. Harley K. Fletcher A.F. Markowe H.J. Styles W. . Sapper H. Bull Pill C.J. Quality of life in treated hypertension: Acase control community based study. J. Hum Hypertens 1995,9,12(981-986).
19. José Navarro Robles. Joel Rodriguez Saldaña. Tratamiento antihipertensivo y calidad de vida. Estudio clínico en pacientes mexicanos. Revista Mexicana de Cardiología 1995;6,4;117.(117-129).