



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE  
TABASCO  
CAAPS DE TEAPA



UNIDAD ACADÉMICA  
SEDE JALAPA, TABASCO

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO EN  
EL MUNICIPIO DE TEAPA, TABASCO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

**DR. JOSE NICOLAS OBANDO AQUINO**

JALAPA, TABASCO  
2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL  
MUNICIPIO DE TEAPA TABASCO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA**

**DR. JOSE NICOLAS OBANDO AQUINO**

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**DR. FELIPE GARCIA PEDRAZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL  
MUNICIPIO DE TEAPA TABASCO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. JOSE NICOLAS OBANDO AQUINO**

**AUTORIZACIONES**

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA**  
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE  
TABASCO

**DR. CARLOS M. DE LA CRUZ ALCUDIA**  
SUBSECRETARIO DE LA SECRETARIA DE SALUD

**QUIMICO. SERGIO LEON RAMIREZ**  
DIRECTOR DE CALIDAD DE ENSEÑANZA  
DE LA SECRETARIA DE SALUD

VILLAHERMOSA, TABASCO

2007

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL  
MUNICIPIO DE TEAPA TABASCO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. JOSE NICOLAS OBANDO AQUINO**

**AUTORIZACIONES**

**DR. JORGE ALBERTO MERODIO MARÍN**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
JALAPA, TABASCO.

**DR. MIGUEL PABLO GARCÍA**  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
ASESOR DOCENTE

## INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Carta de autorización	
Dedicatorias .....	I
Agradecimientos.....	II
Antecedentes .....	1
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivo general .....	12
Hipótesis .....	12
Metodología.....	13
Tipo de estudio	
Diseño de estudio	
Criterios	
Variables	
Realización del estudio	
Recursos humanos	
Recursos materiales	
Tiempo de investigación	
Resultados .....	20
Discusión.....	27
Conclusión.....	28
Anexos.....	29
Bibliografía .....	32

## **DEDICATORIA**

### ***A DIOS,***

Por permitirme la vida, disfrutar las bellezas de la naturaleza y darme la oportunidad de obtener más conocimiento para brindar mejor atención a las familias a las cuales les otorgo atención medica.

### ***A mis padres Maria de los Santos y Nicolás,***

Por creer en mi, por los valores que siempre me inculcaron; porque no escatimaron esfuerzos para hacer de mi un profesionista.

### ***A mi ESPOSA***

Por su apoyo incondicional, por su paciencia y amor estando junto a mi e impulsándome en los momentos difíciles durante esta nueva etapa de mi formación profesional.

### ***A mis HIJOS***

Por regalarme su tiempo para dedicarlo al estudio y al ver reflejado en sus rostros la felicidad al alcanzar una de mis aspiraciones, concluir la especialidad en medicina familiar.

### ***A mis HERMANOS***

Por estar en todo momento unidos, formando una gran familia.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Dr. Gustavo Segura Carcamo**

Jefe Jurisdiccional

Por su valioso apoyo.

### **Dr. Manuel Maravilla Merinos**

Gerente del CAAPS Teapa

Por su valioso apoyo en todo el tiempo que duro el curso de especialización.

### **Dr. Miguel Pablo García**

Por sus aportaciones en el aula de clases, por su colaboración, dedicación, paciencia en la elaboración de ésta investigación.

### **Dr. Jorge Alberto Merodio Marín**

Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para médicos generales en Jalapa, Tabasco.

### **A los doctores Claudia Jossie Estrada Molina y a Julio Cecilio López**

Por su valioso apoyo y esmero en la continuidad del programa.

### **A mis compañeros**

Por haber compartido momentos de felicidad y angustia, comprensión en todo momento, formando en si una gran familia.



**Resumen:** La Calidad de Vida se define como la calidad de las condiciones de vida de una persona, satisfacción experimentada, condiciones vitales, combinación de componentes objetivos y subjetivos,

La hipertensión arterial es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica y/o diastólica que, con toda probabilidad, representa la enfermedad crónico-degenerativa de mayor frecuencia a nivel mundial que afecta a la población. Su importancia reside en el hecho de que cuantos mayores sean las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos. Por lo anterior, el objetivo de estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes hipertensos.

**Material y método:** Se realizó un estudio transversal de casos y controles descriptivo, se utilizó la encuesta descriptiva compuesta por tres secciones; la primera parte se refiere a datos generales, de la segunda se obtienen datos referentes a la enfermedad y la tercera a la recolecta de datos sobre la calidad de vida, encuesta realizada por David H Olson, encuesta aplicada en el área urbana del municipio de Teapa, Tabasco a ( n=150) pacientes con hipertensión arterial sistémica que están en control en el CAAPS Dr. Abel Tapia Najera.

**Resultados:** Se observó que los pacientes con hipertensión arterial sistémica, controlada presentan mejor calidad de vida, que los pacientes descontrolados y comparado con el grupo control, los pacientes hipertensos presentan menor calidad de vida que la población sana. Lo que demuestra que la hipertensión arterial sistémica descontrolada es un factor para tener mala calidad de vida.

**Conclusiones:** Se demostró que los pacientes con hipertensión presentan mala calidad de vida, el cual es un riesgo para el buen control de la hipertensión arterial, lo cual los llevará a complicaciones agudas y crónicas, las cuales predisponen a secuelas permanentes, por tal motivo, este estudio pretende que al valorar en forma temprana la calidad de vida de estos pacientes, se puede hacer una intervención de prevención y de esta manera evitar esas complicaciones. Este Test es sensible y válido una herramienta importante, que debe de utilizar todo médico en atención primaria.

TITULO:

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE TEAPA, TABASCO**

## ANTECEDENTES:

La calidad de vida comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general, en un primer momento, la expresión Calidad de Vida. A mediados de los 70 y comienzos de los 80, la expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (Carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EEUU, "Social Indicators Research", en 1974 y en la "Sociological Abstracts" en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo.

La Calidad de Vida se define como la calidad de las condiciones de vida de una persona

a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales

b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

En las ciencias de la salud, los avances de la medicina han logrado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas de morbilidad, mortalidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en la salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.<sup>1</sup>

El uso del concepto "calidad de vida" ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos, investigadores y los propios pacientes. La principal razón es que no existe una base conceptual para "medir" este término, ya que engloba conceptos de naturaleza subjetiva y, por tanto, difíciles de cuantificar. Por este motivo en 1994, la OMS propuso una definición de consenso de calidad de vida: "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"<sup>1,2</sup>

El padecer síndrome de apnea obstructiva del sueño se asocia en las mujeres o una peor calidad de vida relacionada con la salud que en los hombres. A falta de un mecanismo claro que explique este hallazgo, se recomienda estudiar la recuperación clínica del SAOS en mujeres<sup>3</sup>. La calidad de vida es definida, de manera mayoritaria como una representación multidimensional de una

percepción subjetiva expresada por el paciente. Este concepto debería abarcar al menos los siguientes aspectos de la discapacidad y/o enfermedad: física, psicológica y social <sup>3</sup>. Se observa una mejoría en la calidad de vida de los pacientes, que podrían ser atribuibles a la intervención, la agudización de la tos tiene un efecto negativo en la evolución de la calidad de vida de los enfermos con EPOC. Efecto negativo elevado si consideramos que se ha definido por el SGRQ una diferencia de 4 puntos como la "mínima clínicamente relevante" y la diferencia promedio observada entre agudizadores frecuentes y no frecuentes fue de 14 puntos <sup>4</sup>. Se dispone de extensa evidencia sobre propiedades métricas del MLHF-Q y QLQ-SHF, KCC-Q las diferencias observadas en las características métricas las dimensiones evaluadas y el método de administración son importantes para la elección del cuestionario a utilizar en un estudio determinado <sup>5</sup>. Las diferencias en la CVRS según el género son explicadas en parte por las diferencias en la capacidad funcional objetiva en los ancianos así como en un menor grado por su comorbilidad. Sin embargo sigue existiendo un efecto del género en la CVRS no explicado parcialmente <sup>6</sup>. El cuestionario SF-36 es un instrumento de medida de calidad de vida fiable en los pacientes en tratamiento sustitutiva renal <sup>7</sup>. La masa ventricular izquierda es el fenotipo más accesible predisponente a la morbilidad cardiovascular. La hipertrofia ventricular, tiene una elevada prevalencia en hipertensos que va de 22 a 60% siendo un poderoso predictor de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Recientemente la reducción de la hipertrofia ventricular izquierda es reducida con una importante terapéutica adecuada. <sup>8</sup>

La hipertensión arterial es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica y/o diastólica que, con toda probabilidad, representa la enfermedad crónico-degenerativa de mayor frecuencia en México que afecta a la población urbana y rural, 8-10 veces más frecuente de las muchas que azotan a la humanidad. Su importancia reside en el hecho de que cuantos mayores sean las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos. Esto es así en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

Se ha intentado medir la prevalencia de hipertensión arterial en México varias veces, pero ahora, en retrospectiva, se cuestiona la validez de la información de conjunto, pese a no poner en duda el mérito de cada uno de los estudios y el esfuerzo que significó para cada uno de los grupos de investigadores. Ahora se le concede más importancia a la relación hipertensión arterial con morbilidad y mortalidad cardiovascular subsecuente, pero además con la asociación de factores de riesgo, se sabe que las cifras tensionales elevadas ponen en peligro la salud del individuo y de la población.<sup>9,10</sup> El daño se expresa como morbilidad y mortalidad.<sup>11</sup> Antes de contar con la información de grandes estudios epidemiológicos, se hacían suposiciones equivocadas respecto a la importancia de la hipertensión arterial, como factor de riesgo cardiovascular, se pensaba que la enfermedad tuviera menos consecuencias deletéreas, su valor en mujeres y en ancianos no era apreciado, la variedad más frecuente de hipertensión era "esencial" y se le consideraba "benigna". Tampoco se contaba con bases sólidas para recomendar intervención temprana, y menos aún, a qué edad debía efectuarse. <sup>12</sup> Por ende, los estudios de prevalencia no resultaban ser tan críticos; después de todo, ¿qué importancia podría tener que una población tuviera prevalencia ligeramente mayor o ligeramente menor de hipertensos? Sin embargo, al fortalecer la evidencia epidemiológica se han

corregido los conceptos, se considera trascendente a la salud, en ambos sexos y en edad avanzada, tanto como entre adultos y edades menores.<sup>13</sup> Los estudios epidemiológicos demostraron plenamente que el riesgo cardiovascular relacionado con aumento de cifras tensionales se hace más peligroso al coexistir otros factores de riesgo. No hay bases para seguir cuestionando más la relación entre presión sistólica o diastólica y las consecuencias cardiovasculares de morbi-mortalidad cardiovascular.<sup>14</sup> Las publicaciones de consenso recientes expresan criterios para detectar casos de hipertensión a partir de las cifras de presión sistólica y/o diastólica; más aún, se recomienda tomar en cuenta valores más bajos para optimizar el beneficio de la prevención, favoreciendo la oportunidad de intervención y para guiar mejor la vigilancia epidemiológica hacia el control de la enfermedad; se hace énfasis sobre la necesidad de investigar simultáneamente la presencia asociada de factores de riesgo cardiovascular como diabetes mellitus, tabaquismo, hiper o dislipidemias y otras; en resumen, hoy es más importante medir la prevalencia y se exige de su procedimiento más control de calidad.<sup>15</sup>

Factores de muy diversa índole afectan la presión arterial de los individuos de una población y su estudio puede proporcionar información sobre la patogenia y las medidas preventivas de la hipertensión. Los estudios epidemiológicos se basan sobre todo en la hipertensión esencial por ser la forma más frecuente.

Considerando en conjunto los múltiples estudios epidemiológicos, se estima que entre el 20 y el 25% de los adultos de más de 18 años presentan cifras de presión arterial superiores a 140/90 mm Hg de manera estable, criterio actual que define la hipertensión. La prevalencia aumenta progresivamente con la edad y llega a alcanzar cifras superiores al 50% entre los individuos de más de 65 años. El descenso de la prevalencia en los hombres observado a partir de los 70 años puede ser fruto del aumento de la mortalidad en las décadas previas. Existen escasos datos sobre la prevalencia de hipertensión secundaria en diferentes comunidades y en distintos grupos de edad, aunque se estima en un 6-8% del total de la población general hipertensa. Únicamente en centros especializados puede alcanzar el 15-35% de los hipertensos atendidos<sup>16</sup>.

La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. Hasta los 6 años de edad el incremento es similar en ambos sexos; luego se eleva en los niños hasta los niveles del adulto, mientras que desciende ligeramente en las niñas durante la pubertad. Las presiones arteriales sistólica y diastólica medias son mayores en varones jóvenes que en mujeres, mientras que se invierte la situación por encima de los 50 años en relación con la aparición de la menopausia. Mientras que la presión diastólica tiende a estabilizarse a partir de los 50 años, la presión sistólica continúa aumentando progresivamente, excepto en ciertas poblaciones primitivas. El aumento de la presión arterial sistólica con la edad determina un incremento de la presión del pulso (presión diferencial) y justifica que la prevalencia de "hipertensión sistólica aislada" supere el 10% por encima de los 65 años. Los escasos estudios longitudinales muestran que los aumentos de presión con la edad son más pronunciados en individuos con mayor presión arterial inicial a cualquier edad.

Se ha sugerido múltiples veces que el estrés es un factor importante de la hipertensión. También se han implicado el tamaño de la familia, el hacinamiento, la ocupación, factores dietéticos, etc. Algunos estudios sobre poblaciones rurales han demostrado cifras de presión elevadas, incluso

superiores a las de poblaciones urbanas genéticamente similares. La exposición durante mucho tiempo a ambientes psicosociales adversos puede ser importante y originar hipertensión permanente, con independencia del área rural o urbana. Los estudios en poblaciones emigrantes apoyan esta hipótesis, aunque los cambios no son sólo socioeconómicos, sino también dietéticos, psicofísicos, etc. La prevalencia de hipertensión es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo. Los factores de personalidad son importantes y entre ellos se han citado la tendencia a la ansiedad y la depresión, los conflictos de autoridad, el perfeccionismo, la suspicacia y la agresividad. Cabe mencionar que en lo que se refiere a la edad de los hipertensos comparada con las personas sanas no existe similitud con la edad y sexo en cuanto a calidad de vida, ya que se ha encontrado que al comparar un grupo hipertenso con un grupo normotenso a pesar de ser de características similares en edad y sexo, los índices de calidad de vida son significativamente diferentes en el sentido de que, el grupo hipertenso tiene peor calidad de vida <sup>17</sup>. Otros estudios sobre la "calidad de vida en mayores de 65 años" encuentran importantes diferencias entre varones y mujeres, percibiendo las mujeres menor calidad de vida que los varones, aunque menos varones que mujeres llegan a las etapas más avanzadas de la vida, parece que los que llegan lo hacen en mejores condiciones. También existen diferencias en la percepción de la calidad de vida entre los menores y los mayores de 80 años, no encontrándose sin embargo diferencias en cuanto a la percepción del estado de salud <sup>18</sup>.

El concepto de calidad de vida asociada a la salud aparece en las sociedades occidentales en un momento en el que la esperanza de vida ha aumentado sensiblemente y en el que predomina la convicción de que el papel de la medicina no debe ser únicamente el de proporcionar muchos años de vida a las personas, sino, sobre todo, el de aportar una mejora en la calidad de los años vividos., la importancia del estado funcional del paciente (tanto físico, como social o mental) en el contexto de un concepto como el de calidad de vida, que se considera multidimensional, el hecho de que la medición del estado de salud se considere un fenómeno innegablemente subjetivo, y finalmente, la necesidad de obtener un valor numérico que represente la preferencia del enfermo por un determinado estado de salud <sup>19</sup>. Otro estudio demostró que los pacientes con aislamiento social, menor nivel sociocultural, mayor tiempo de evolución de la enfermedad, con cardiopatía isquémica, proteinuria y sedentarismo tienen menor control de las cifras tensionales lo que conlleva a menor calidad de vida <sup>20</sup>

Para el clínico uno de los múltiples objetivos al evaluar la calidad de vida es establecer el bienestar subjetivo de los pacientes, su capacidad de realizar actividades sociales y su capacidad funcional después de recibir una intervención terapéutica, determinando si esta última tiene buena aceptación entre los pacientes que la reciben, sobre todo cuando estos resultados son comparados con un grupo de referencia. Los datos globales al final del presente estudio demuestran una sensibilidad al cambio en seis de las ocho áreas exploradas, que son: el estado de ánimo, la fuerza física, la capacidad de pensamiento, la convivencia social-familiar, el funcionamiento sexual y la percepción de mejoría en la calidad de vida. Las áreas que no se modificaron fueron la sintomatología hipertensiva y la de ayuda para actividades diarias.<sup>21</sup> Es preocupante la cantidad de pacientes hipertensos que no conocen su

enfermedad, o que conociéndola no reciben tratamiento, o éste es inadecuado, lo que constituye un serio problema sanitario y pone en descubierto las graves falencias existentes a nivel educacional en la población y en las estrategias de prevención. En este sentido, los estudios epidemiológicos deben conducir a la implementación de políticas sanitarias preventivas tendientes a disminuir la morbimortalidad y a mejorar la calidad de vida de la población. La Hipertensión Arterial sistémica, puede ocasionar severos daños orgánicos, cardiovasculares, neurológicos y renales, que pueden evitarse con la aplicación temprana de los recursos terapéuticos efectivos actualmente disponibles<sup>22</sup>.

## CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Clasificación de presión arterial para adultos mayores de 18 años. Dicha clasificación está basada en la media de dos ó más medidas correctas, en posición sentado en cada una de dos ó más visitas en consulta. En contraste con la clasificación del 6 Informe JNC, se añade una nueva categoría denominada prehipertensión, y los estadíos 2 y 3 han sido unificados. Los pacientes con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mm Hg tienen doble riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras menores

El "Séptimo Informe del Joint Nacional Comité on Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial "proporciona una nueva Guía para la prevención y manejo de la Hipertensión Arterial (HTA).

- En personas mayores de 50 años la Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor de 140 mmHg es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) mucho más importante que la Presión Arterial Diastólica (PAD).
- El riesgo de ECV comienza a partir de 115/75 mmHg se dobla con cada incremento de 20/10 mmHg ; Los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.
- Los individuos con PAS de 120-139 mmHg o PAD de 80-89 mmHg deberían ser considerados como prehipertensos y requieren promoción de salud respecto a modificación de estilos de vida para prevenir la ECV.
- Los diuréticos tipo tiazida deberían ser usados en el tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes con HTA no complicada, bien solos o combinados con otras clases de fármacos. Ciertos estados de alto riesgo constituyen indicaciones para el tratamiento inicial con otras clases de fármacos antihipertensivos (IECAs, ARA-2, Betabloqueantes, Bloqueantes de los canales del calcio).
- La mayoría de los pacientes con HTA requerirán dos ó más medicaciones antihipertensivas para conseguir el objetivo de la Presión Arterial (<140/90 mmHg, o <130/80 mmHg en diabéticos ó enfermedad renal crónica).
- Si la Presión Arterial es > 20/10 mmHg superior al objetivo de presión arterial, debería considerarse iniciar la terapia con dos fármacos, uno de los cuales debería ser por norma un diurético tipo tiazida.

- La más efectiva terapia prescrita por el médico más exigente solo controlará la presión arterial si los pacientes están motivados. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas y confían en su médico. La empatía construye la confianza y es un potente motivador.<sup>23</sup>



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el presente estudio pretendo analizar ¿Cual es la calidad de vida de las personas portadoras de hipertensión arterial sistémica que acuden a control al Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) de Teapa, Tabasco?.

He podido observar en los tarjeteros para el control de la hipertensión arterial en que se utilizan el la Secretaria de Salud, así como en el Sistema de Información en Salud (SIS) se detectó un incremento de la hipertensión arterial sistémica en los últimos años, pero lo que más llama mi atención, es que esta enfermedad crónico degenerativa se presenta a edades más tempranas de la vida, lo que representa un problema de salud pública a nivel municipal, estatal, nacional y mundial tomando en consideración las complicaciones que conlleva ser portador de esta enfermedad, lo que tal vez afecte la calidad de vida de estas personas, y desconociendo cual es la calidad de vida que prevalece en las personas hipertensas de este municipio, creo que es se suma importancia determinar que tanto afecta a la calidad de vida esta enfermedad y de acuerdo a los resultados que se obtengan proponer estrategias para mejorar la calidad de vida a un bajo costo, pero de alto impacto que beneficie al 100% de la población afectada.

¿CUÁNDO EXISTE UN MAYOR DESCONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, SE PRESENTA MALA CALIDAD DE VIDA?

## JUSTIFICACION:

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónico-degenerativas que afecta a la población mayor de 40 años y es un problema de salud pública ya que sus complicaciones más frecuentes son insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal aguda o crónica, lo cual repercute en la calidad de vida de la población afectada con este padecimiento. Tiene trascendencia a nivel mundial, nacional, estatal y municipal.

Casi mil millones de personas en el mundo tienen hipertensión arterial, y se espera que dicho número se incremente a 1,560 millones de personas para el año 2025.

Los cálculos son el resultado de datos recopilados en 30 estudios basados en la población que involucran a 700,000 personas de diferentes regiones del mundo.

El descontrol de la hipertensión arterial, un riesgo importante de ataque cardiaco, apoplejía y otras condiciones cardiovasculares, se deriva irónicamente de la occidentalización que permite a las personas vivir por más tiempo pero con estilos de vidas menos sanos.

“La población mundial está envejeciendo, y la gente mayor tiene un riesgo mucho más grande de hipertensión arterial, en donde mas de 333 millones de adultos en regiones económicamente desarrolladas como Norteamérica y Europa presentaron hipertensión arterial en el año 2000, con 639 millones de personas adicionales en países en vías de desarrollo que presentaron la condición. Se calcula que la prevalencia se incrementa en un 24 por ciento en los países desarrollados, y en un 80 por ciento en los países en vías de desarrollo, de acuerdo al estudio.<sup>24</sup>

La mejor forma de reducir la incidencia de la hipertensión arterial es mediante la creación de programas nacionales e internacionales que se concentren en cambios a estilos de vida más sanos.

“Los responsables de establecer políticas de salud deben de prestar atención a la hipertensión” y promover una dieta baja en sodio, más actividad física y un consumo adecuado de frutas y verduras”.

Mientras que los medicamentos pueden ayudar a controlar la hipertensión arterial, “el factor más importante será los cambios en el estilo de vida”.

La hipertensión arterial esencial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida. La importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.

Las cifras de TA normal están definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité para la Detección Evaluación y Tratamiento de los Institutos de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (CDETH). Son: < 90 mmHg como diastólica y sistólica inferior a 140 mmHg, y constituye hipertensión arterial, valores por arriba de los normales, registrados por lo menos en dos determinaciones en días distintos. También dichos organismos clasifican a la hipertensión arterial

Calidad de vida es una expresión genérica y polifacética que aparece enmarcada hoy día como una categoría socioeconómica, política, sanitaria y cultural. En las personas mayores todos estos elementos también empiezan a adquirir un matiz ético, es decir, tener calidad de vida equivale a tener una vida “digna” y “feliz”.

La calidad de vida puede entenderse como el conjunto de condiciones formales y materiales necesarias para la configuración de una vida auténticamente humana o humanizada, esto es, con plenitud, satisfacción, bienestar, dignidad, etc.

Una de las mayores aspiraciones de los seres humanos es vivir más y con mayor bienestar. Por eso la salud no sólo debe estar referida a la prolongación de la vida, sino al mantenimiento y mejora de su calidad. La calidad de vida es un imperativo personal y social dotado de cierta significación ética, es decir, define unas normas o elementos fundamentales de la vida social a las cuales habrá que remitirse para establecer el bien humano común.

Si tomamos la definición que dio la OMS, podemos definir la calidad de vida como “la percepción del 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”.

Tenemos, por tanto, dos aspectos a destacar: el aspecto subjetivo y el carácter multiforme del concepto calidad de vida. Nosotros vamos a interpretar este concepto en función de las necesidades o exigencias que requieren las personas con una enfermedad crónica degenerativa como es la Hipertensión Arterial Sistémica.

Calidad de vida es un concepto principalmente valorativo y, como tal, tiene una doble dimensión: la objetiva y la subjetiva.

El aspecto objetivo tiene que ver con la utilización del potencial intelectual, emocional y creador del ser humano, así como con las condiciones sociales y con las circunstancias externas en las que se desarrolla su existencia (ingresos económicos, nivel de vida, estado de salud, relación familiar y social, etc.).

El aspecto subjetivo viene dado por el grado de satisfacción de los individuos y por la percepción que éstos tengan de sus condiciones globales de vida (apego a la vivienda, al círculo de amigos, a tradiciones, a objetos que le acompañaron, etc.), quedando traducidas estas percepciones en sentimientos positivos o negativos.

El aspecto objetivo puede ser relativamente fácil de medir, sin embargo, en el aspecto subjetivo puede resultar más complicado, sobre todo cuando la persona anciana no pueda ser consciente de esa autopercepción y valoración personal.

En estos casos la valoración de la calidad de vida deberá hacerse de manera externa, esto es, por otros (ya sean cuidadores o profesionales). Y ahí puede radicar uno de los mayores problemas éticos: que otro asuma la percepción y la valoración de la calidad de vida de una persona anciana.

En este sentido, la ética de la calidad de vida representa una contribución realmente importante y valiosa para la formulación y reflexión bioética actual.

A pesar de que la calidad de vida no es un concepto ético universal, primero por su complejidad objetiva/subjetiva, y segundo, por la dificultad de adaptarlo a cada situación concreta, sí podemos decir que es uno de los pilares básicos sobre los que habrá de sostenerse una ética de la ancianidad y, por extensión, una ética asistencial hacia estas personas, máxime cuando estén enfermas o requieran cualquier tipo de cuidado.

Se sabe que toda persona con una enfermedad crónica como la hipertensión arterial sistémica a mediano o a largo plazo afecta la calidad de vida, por lo que al realizar este estudio es con la finalidad de saber que tanto esta afectada la calidad de vida de todos los pacientes hipertensos del área urbana del municipio y Teapa y una vez conociendo el grado de afectación implementar estrategias para mejorar y mantener una buena calidad de vida la cual se va ver reflejada en el paciente y en el entorno familiar.

## OBJETIVO GENERAL

Determinar si el descontrol de la hipertensión arterial sistémica incrementa la mala calidad de vida de los pacientes del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar la prevalencia de pacientes hipertensos de las tarjetas de control o sistema de información sistemática en el periodo comprendido de los años 2004 – 2005
- 2.- Determinar el género de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que se obtuvieron de la tarjeta en control
- 3.- Investigar en los tarjeteros las cifras tensionales de los pacientes en control en el periodo correspondiente.
- 4.- Determinar la calidad de vida de los pacientes hipertensos en control de los años 2004 a 2005 a través de la encuesta de David H. Olson.

## VARIABLE INDEPENDIENTE

Hipertensión arterial sistémica

## VARIABLE DEPENDIENTE

Mala Calidad de vida

## OTRAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Sexo, Edad, Escolaridad, Estado civil, Ocupación, Residencia, Religión, Convivencia, Derechohabencia, Ingreso Económico, Tiempo de Diagnóstico, Complicaciones, Pronostico Etc.

## VARIABLES

TIPO DE VARIABLE	DEFINICION	Tipo de variable	ESCALA	
Sexo	Por genero	Nominal	Masculino Femenino	1 2
Edad	En años cumplidos	Escalar	Años	
Escolaridad	Se tomara en cuenta el grado máximo de estudio	Nominal	Analfabeta Prim incompleta Prim completa Sec Incompleta Sec completa Técnica Comercio Bachillerato	1 2 3 4 5 6 7 8

Estado civil	Se tomara en cuenta el tipo de relación aceptada por la sociedad	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión libre	1 2 3 4 5 6
Ocupación	Usual	Nominal	Lab del hogar Empleado Obrero Comerciante Profesionista Jubilado Desempleado Campesino	1 2 3 4 5 6 7 8
Residencia	Se tomara en cuenta el área geográfica donde vive	Nominal	Centro Esquipula El Mure Liberación Tecomajaca Reforma Sierra San Isidro Morelia Tejería Salinas Independencia Revolución Eureka y Belén Bosques sierra Villa Verde	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
Religión	Se tomaran en cuenta las religiones mas frecuentes en nuestro país	Nominal	Católica Bautista Presbiteriana Evangélica Testigo de Jehová Pentecostés Adventista Iglesia de cristo	1 2 3 4 5 6 7 8
Convivencia	Se tomara en cuenta los lasos familiares aceptados por la sociedad	Nominal	Cónyuge Cónyuge e hijos Padres Padres y hermanos Hijos Hermanos Otro familiar	1 2 3 4 5 6 7

			No familiar Solo Asilo	8 9 10
Derechohabiencia	Se tomara en cuenta las instituciones de salud establecidas	Nominal	SSA ISSSTE IMSS ISSET PEMEX SEDENA Seg popular Particular Otra	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ingreso Económico	Se tomara en cuenta el salario de acuerdo a la secretaria del trabajo y previsión social	Ordinal	Inferior al mínimo Mínimo Sup al mínimo No tiene No aplica	1 2 3 4 5
Tiempo de Diagnóstico	Se tomara en cuenta los años de ser hipertenso	Escalar	Numero de años	
Complicaciones	Se tomara en cuenta las complicaciones mas frecuente	Nominal	I Cardiaca EVC IRC Ninguna	1 2 3 4
Pronostico	Se tomara en cuenta la esperanza de vida	Nominal	Excelente Bueno Regular Malo Incierto No se	1 2 3 4 5 6
Hospitalización	Se tomara en cuenta si ha sido hospitalizado el ultimo año	Nominal	Si No	1 2
Tipo de tratamiento	Se tomara en cuenta el tratamiento mas usado en primer nivel de atención	Nominal	Captopril Metoprolol Propranolol Nifedipino Ibersartan Candesartan Combinaciones Otros	1 2 3 4 5 6 7 8
Hipertensión arterial	De acuerdo al 7to consejo de HAS	Ordinal	Normal Prehipertenso Hipertensión leve Hipertensión severa	1 2 3 4



Calidad de vida	Determinar la calidad de vida	Nominal	Buena Mala	1 2

## CRITERIOS DE INCLUSION.

150 pacientes hipertensos en control del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) de Teapa, Tabasco de los años 2004 – 2005

## CRITERIOS DE EXCLUSION

Se eliminaron los pacientes hipertensos fallecidos en los años 2004 - 2005  
Se eliminaron los pacientes hipertensos que emigraron en los años 2004 - 2005

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

No se elimino ningún paciente dado que el 100% de ellos contestaron y entregaron la encuesta

## **Aspectos éticos**

### **II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)**

En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.

La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.

Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente (v. Principios básicos, punto 2).

El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la realización de la investigación clínica, epidemiológica, sobre CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA  
Donde \_\_\_\_\_ yo \_\_\_\_\_ C.

Una vez informado sobre los procedimientos de importancia y consecuencias que derivan de dicha investigación otorgo en forma libre mi consentimiento

Firma del paciente:

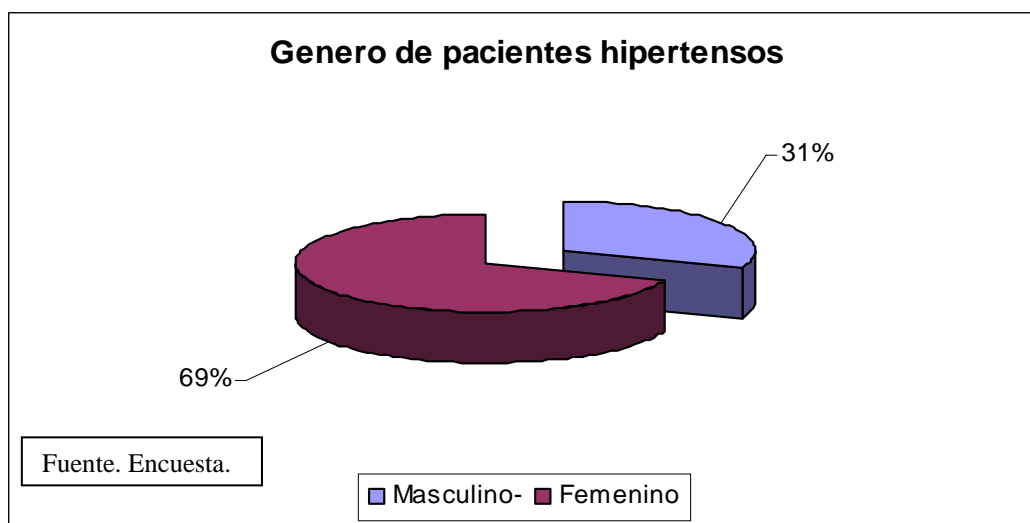
---

## MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio trasversal descriptivo, se utiliza la encuesta descriptiva compuesta por tres secciones donde la primera parte se refiere a datos generales, la segunda obtiene datos referente a la enfermedad y la tercera recolecta datos sobre la calidad de vida, encuesta realizada por David H Olson, se utilizo esta encuesta porque mide parámetros como vida familia, amigos, extensión familiar, salud, hogar, educación, recreación, medios de comunicación, bienestar financiero, vecindad y comunidad que son reactivos que valoran la vida en su conjunto a diferencia de otros Test que solo valoran algunos aspectos de los antes mencionados, validado en Estados Unidos de Norteamérica. Esta encuesta fue aplicada en el área urbana del municipio de Teapa, Tabasco con un universo de 150 pacientes con hipertensión arterial sistémica que están en control en el CAAPS Dr. Abel Tapia Najera, se realizó el análisis estadístico a través de variables de identificación, se califico por porcentajes, la encuesta de calidad de vida que esta aplicada en la escala de Lirket calificada del 1 al 5 en donde se sumaran todo el porcentaje, se realizo la suma de todas las frecuencias, para obtener el promedio y se aplico la desviación estándar para determinar, la buena o mala calidad de vida, en donde se tomo como mala calidad de vida a las encuestas que estén por debajo de más una desviación estándar, se tomo como buena calidad de vida las encuestas que estuvieron por arriba de mas una desviación estándar. Este análisis de procedimiento se utilizo en este estudio en particular Se reporto en Chi Cuadrada las variables de asociación de mala calidad de vida con hipertensión arterial sistémica. Promedio, tasa de porcentaje.

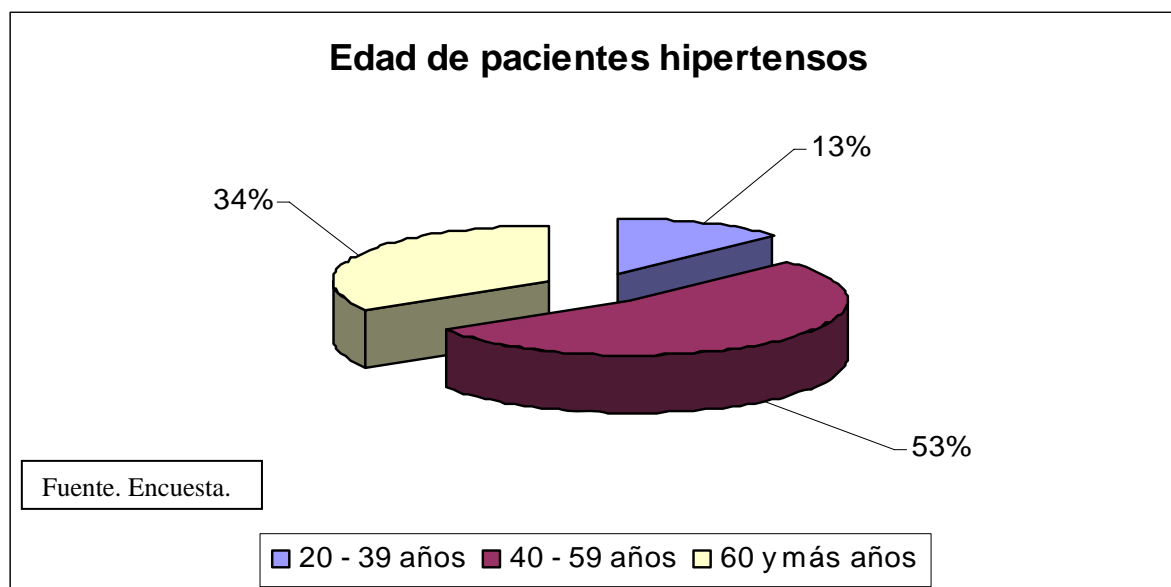
## RESULTADOS

Grafica 1: Genero de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



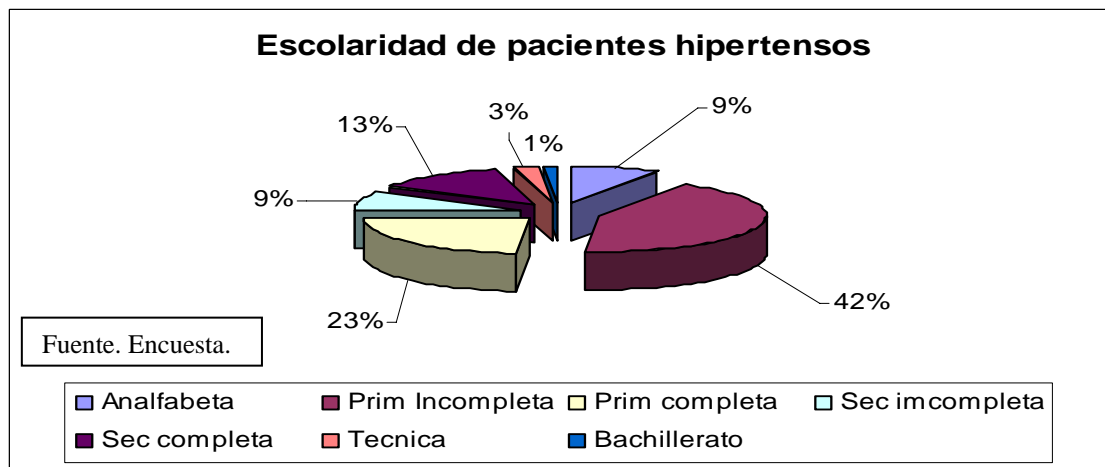
Se demuestra que el 69% de los pacientes hipertensos son del sexo femenino lo que explica que es el sexo femenino quien acude a consulta a una unidad de atención primaria a la salud.

Grafica 2: Edad de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



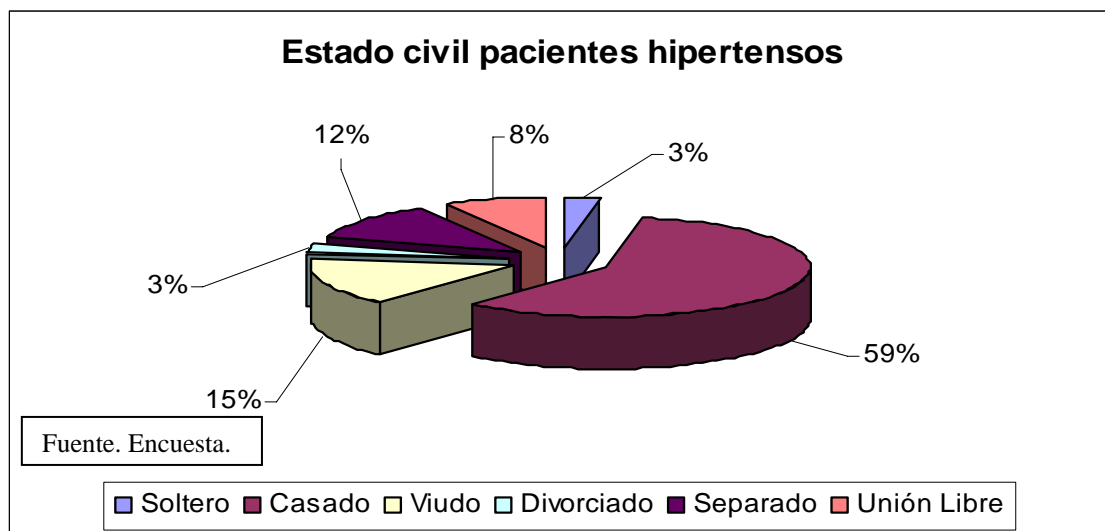
Se demuestra que el 53 % de los pacientes hipertensos corresponde al grupo etario de 40 a 50 años lo que explica que este grupo de edad es el que acude con mas frecuencia a control a esta unidad de salud.

Grafica 3: Escolaridad de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



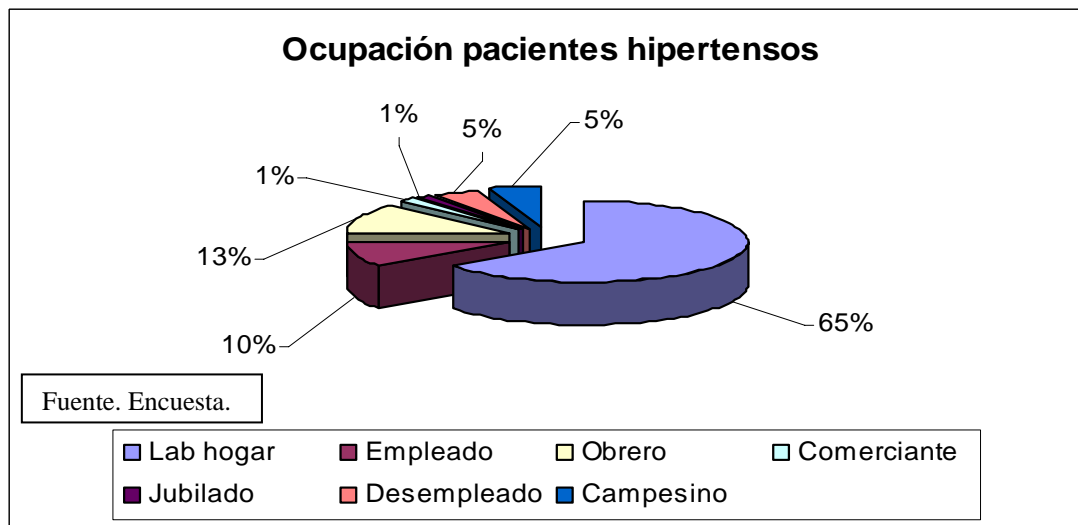
Aquí se demuestra que el 42% de la población encuestada, el nivel educativo es primaria incompleta, de los pacientes hipertensos en control en esta unidad de salud.

Grafica 4: Estado civil de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



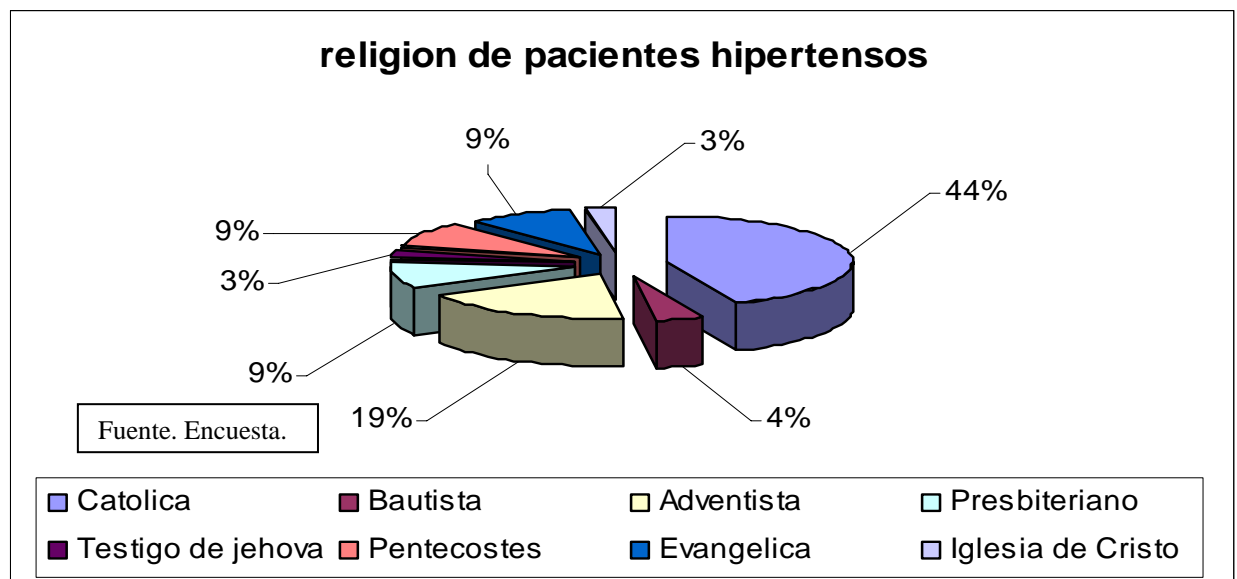
Se demuestra que el 59% son casados de los hipertensos en control en esta unidad de salud de primer nivel de atención de salud.

Grafica 5: Ocupación de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



Se demostró que el 65% de los pacientes hipertensos en control en esta unidad de salud se dedican a las labores del hogar, ya que la mayoría es del sexo femenino.

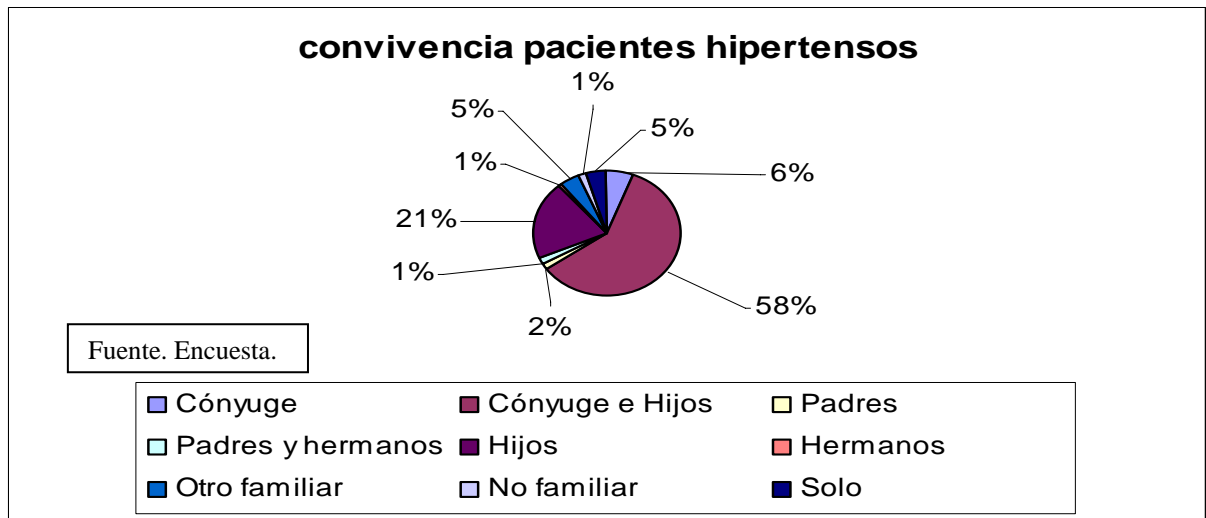
Grafica 6: Religión de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



El 44% de la población hipertensa encuestada practica la religión catolica

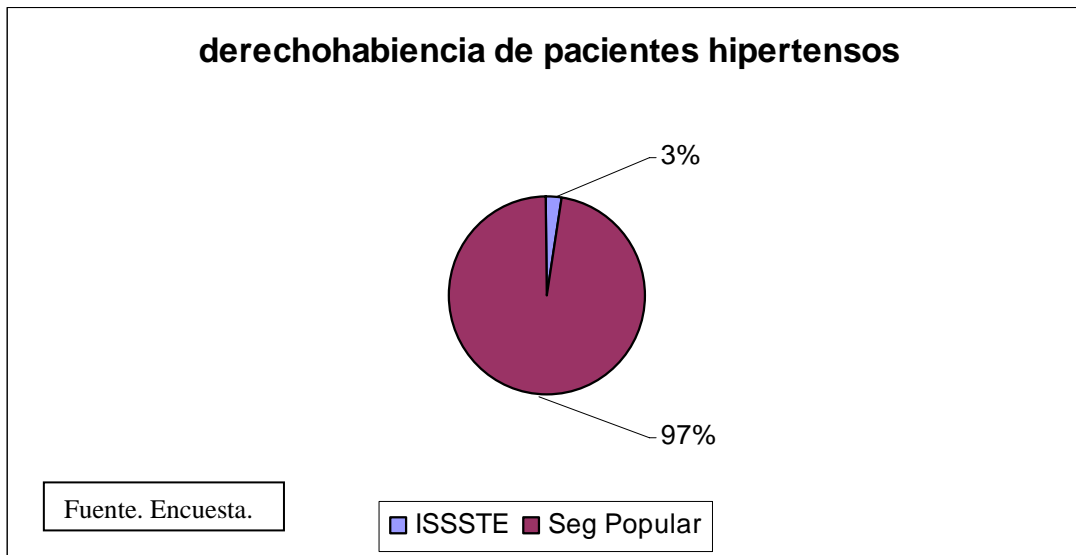


Grafica 7: Convivencia de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



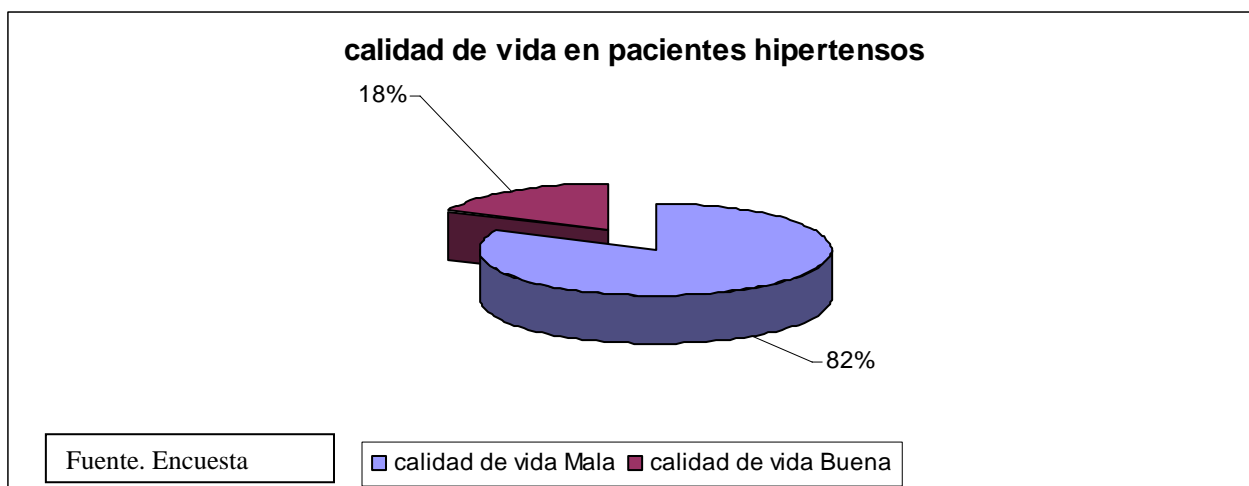
En esta grafica se demuestra que el 58% de los pacientes encuestados con hipertensión arterial sistémica convive con su cónyuge e hijos.

Grafica 8: derechohabiencia de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



Se demostró que el 97% de los pacientes hipertensión en control en esta unidad de atención primaria, su derechohabiencia es seguro popular ya que en el estado la población abierta cuenta con este beneficio.

Grafica 9: Calidad de vida de los pacientes hipertensos del área urbana del municipio de Teapa, Tabasco



Se demostró que el 82% tiene mala calidad de vida de los hipertensos en control encuestados en esta unidad de atención primaria de salud.

Cuadro 1. Relación de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada vs. La mala y buena calidad de vida

ENFERMOS	Mala calidad de vida	Buena calidad vida	TOTAL
Enfermos descontrolados	85	17	102
Enfermos controlados	38	10	48
TOTAL	123	27	150

El Riesgo relativo es de 1.3 con una fracción atribuible de 6.1% así como un factor atribuible a la población de 0.4 con 95% de confiabilidad y con una  $p < 0.05$  con una  $X^2$  de 0.38 con un grado de libertad.

Cuadro 2. Relación de los paciente con HAS y el grupo control normotenso vs. Con la mala y la buena calidad de vida.

Personas	Mala calidad de vida	Buena calidad vida	TOTAL
Pacientes con HTA	123	27	150
Pacientes sin HTA	87	63	150
TOTAL	210	90	300

El riesgo relativo es de 3.6, con una fracción etiológica 3.0% con una fracción etiológica de la población de 4.3% con una confiabilidad del 95% con una  $p < 0.00057$  con una  $X^2$  de 20.57 con un grado de libertad.

Cuadro 3. Correlación entre genero y calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.

Personas	Mala calidad de vida	Buena calidad vida	TOTAL
Mujeres	93	7	100
Hombres	48	2	50
TOTAL	141	9	150

El riesgo relativo de 0.5 con un riesgo atribuible de 11.8% y una fracción atribuible a la población de 14.1%, con un  $X^2$  de 0.5, con una P 0.46, por lo que se demuestra que no existe correlación entre el genero y la calidad de vida.

## DISCUSION

En las ultimas décadas, el termino calidad de vida se ha convertido en una expresión de uso común pero con incierta definición, a pesar de su uso en la practica medica este termino se ha generalizado por lo que en base a las encuestas realizadas se pretende conocer si las personas hipertensas controladas tienen mejor calidad de vida que los hipertensos no controlados, se evaluó la vivencia subjetiva de bienestar en elementos básicos con respecto a la satisfacción con la familia, relación con sus parientes, con su religión con los espacios para esparcimiento, con la seguridad, con los servicios de salud que existen en la comunidad donde radica, se utilizo N=150 pacientes con hipertensión arterial sistémica en el municipio de Teapa, Tabasco

En el presente trabajo se encontró que en los pacientes con hipertensión arterial sistémica descontrolada presentan mas riesgo de 1.3 veces mas probabilidades de tener mala calidad de vida que los pacientes que tienen hipertensión arterial controlada, así mismo estos pacientes tienen el 6.1% de riesgo atribuible a la población afectada por la hipertensión arterial, se demostró que esta población en estudio tiene un riesgo mayor de tener más mala calidad de vida por tener una hipertensión arterial descontrolada. En los pacientes con hipertensión arterial sistémica tienen 3.6 veces más probabilidades de tener mala calidad de vida en comparación con los pacientes que no son hipertensos, también se demostró que existe el 28.6% de las personas con mala calidad de vida se debe a la hipertensión arterial sistémica. En comparación con el articulo publicado por A. Roca – Chuscas y col. Demostraron que al comparar un grupo hipertenso con un grupo normotenso a pesar de ser de características similares en edad sexo, los índices de calidad de vida son significativamente diferente en el sentido de que el grupo hipertenso tiene peor calidad de vida.<sup>17</sup> También M. Aspiazu Garrido y col. Analizaron la calidad de vida entre hombres y mujeres percibiendo que las mujeres presentan menor calidad de vida que los hombres, que ellos encuentran diferencias entre varones y mujeres, percibiendo las mujeres menor calidad de vida que los varones, también existen diferencias en la percepción de la calidad de vida entre los menores de 80 años. Lo que demuestra que en nuestro trabajo no existe asociación entre el género y la calidad de vida.

En este trabajo se demostró que los pacientes con hipertensión arterial sistémica que llevan control en una unidad de atención primaria para la salud, presentan mala calidad de vida, el cual es un riesgo para el buen control de la hipertensión arterial, lo cual los llevará a complicaciones agudas y crónicas, que lo predisponen a secuelas permanentes, por tal motivo, este trabajo pretende que al valorar la calidad de vida de estos pacientes, se puede hacer una intervención de prevención y de esta manera evitar esas complicaciones. Es recomendable la utilización de pruebas estandarizadas para darle validez interna a la calidad de vida.

## CONCLUSIONES

En este trabajo se demostró que los pacientes con hipertensión arterial sistémica que llevan control en una unidad de atención primaria para la salud, presentan mala calidad de vida, el cual es un riesgo para el buen control de la hipertensión arterial, lo cual los llevará a complicaciones agudas y crónicas, que lo predisponen a secuelas permanentes, por tal motivo, este trabajo pretende que al valorar la calidad de vida de estos pacientes, se puede hacer una intervención de prevención y de esta manera evitar esas complicaciones. Es recomendable la utilización de pruebas estandarizadas para darle validez interna a la calidad de vida.

## ANEXOS

### CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA

#### CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD TEAPA, TABASCO

Favor de marcar con una cruz la respuesta que usted considera es la más adecuada de lo que se le pregunta.

- 1.- Género: 1 Masculino 2 Femenino
- 2.- Edad (años cumplidos) \_\_\_\_\_
- 3.- Escolaridad: 1 Analfabeta 2 Primaria incompleta 3 Primaria Completa  
4 Secundaria incompleta 5 Secundaria completa 6 Técnica 7 Comercio  
8 Bachillerato
- 4.- Estado Civil: 1 Soltero 2 Casado 3 Viudo 4 Divorciado  
5 Separado 6 Unión Libre
- 5.- Ocupación: 1 Lab. Hogar 2 estudiante 3 empleado 4 Obrero 5 Comerciante  
6 Profesionista 7 Jubilado 8 Desempleado 9 Campesino 10 Otra \_\_\_\_\_
- 6.- Lugar de Residencia: 1 Centro 2 Esquipula 3 El Mure 4 Liberación  
5 Tecomajaca 6 Col. Reforma 7 Col. Sierra 8 San Isidro 9 Morelia  
10 La Tejería 11 Salinas de Gortari 12 Col. Independencia 13 Col. Revolución  
14 Eureka y Belén 15 Bosques de la Sierra 16 Villa Verde
- 7.- Religión: 1 Católica 2 Bautista 3 Adventista 4 presbiteriano 5 Testigo de  
Jehová 6 Pentecostés 7 Evangélica 8 Iglesia de Cristo.
- 8.- Vive con: 1 Cónyuge 2 Cónyuge e hijos 3 Padres 4 Padres y hermanos  
5 Hijos 6 Hermanos 7 Otro Familiar \_\_\_\_\_ 8 No familiar \_\_\_\_\_  
9 Solo
- 9.- Derechohabencia: 1 SSA 2 ISSSTE 3 IMSS 4 ISSET 5 PEMEX  
6 SEDENA 7 Seguro Popular 8 Particular 9 Otra \_\_\_\_\_
- 10.- Ingreso Económico: 1 Inferior al Mínimo 2 Mínimo 3 Superior al Mínimo  
4 No tiene 5 No Aplica
- 11.- Tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial \_\_\_\_\_
- 12.- Complicaciones de la hipertensión: 1 Insuficiencia cardiaca 2 EVC  
3 insuficiencia renal crónica
- 13.- Pronostico: 1 Excelente 2 Bueno 3 Regular 4 Malo 5 Incierto 6 No se
- 14.- Hospitalización en el último año: \_\_\_\_\_
- 15.- Tipo de tratamiento que recibe: 1 Captopril 2 Metoprololol 3 Propanolol  
4 Nifedipino 5 Ibesartan 6 Candesaratan 7 Combinaciones 8 Otros
- 16.- cual fue la ultima cifra de tensión arterial \_\_\_\_\_

# CALIDAD DE VIDA

## Encuesta para adultos

CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD TEAPA, TABASCO

Favor de marcar con una cruz la respuesta que usted considera es la más adecuada en relación a la satisfacción que usted siente.

Que tan satisfecho esta: (con respecto su Familia como se siente usted)	Insatis- fecho 1	Algo Insátis- fecho 2	General- mente Satisfecho 3	Muy Satisfe- cho 4	Extrema- damente Satisfecho 5
1.- Su familia					
2.- Su matrimonio (Pareja)					
3.- Sus hijos					
4.- Número de hijos					
5.- Y con sus amigos como se siente usted					
6.- Como son las relaciones con sus parientes (padres, tíos, tías, hermanos, abuelos, etc.)					
7.- Que opina de su propia salud					
8.-Con la salud de otros miembros de la familia					
9.- Con los arreglos de su vivienda					
10.- con sus responsabilidades en el hogar					
11.- Que opina de las responsabilidades de otros miembros de la familia					
12.- Tiene usted espacio para sus propias necesidades					
13.- Tienen espacios para las necesidades de su familia					
14.- Esta satisfecho con la educación que tiene					
15.- Llevo programas educativos designados a mejorar su matrimonio y vida familiar					
16.- Esta satisfecho con la cantidad de tiempo libre					
17.- Esta satisfecho con el tiempo para su familia					
18.- Esta satisfecho con el tiempo para su familia					
19.- Se siente bien con el tiempo para trabajo en el hogar					
20.- Se siente bien con el tiempo para ganar dinero					
21.- Esta satisfecho con la vida religiosa de su familia					

22.- Vida religiosa en su comunidad					
23.- Se siente satisfecho con su principal ocupación (trabajo)					
24.-Esta satisfecho con su seguridad laboral					
25.- Se siente satisfecho con la cantidad de tiempo que los miembros de su familia ven televisión					
26.- se siente satisfecho con la calidad de los programas de televisión					
27.-Se siente satisfecho con la calidad de las películas					
28.- Esta satisfecho con la calidad de periódicos y revistas que lee					
29.- Esta satisfecho con lo que gana					
30.- Esta satisfecho con el dinero para las necesidades de la familia					
31.- Se siente bien con la capacidad para manejar las emergencias financieras					
32.- Como se siente con la cantidad de dinero que debe (hipoteca, prestamos, tarjetas de crédito)					
33.- Esta satisfecho con el nivel de ahorro					
34.- Esta satisfecho con el dinero para sus necesidades futuras de la familia					
35.- esta satisfecho con las escuelas en su comunidad					
36.- Le satisfacen las tiendas que existen en su comunidad					
37.- Esta satisfecho con la seguridad en su comunidad					
38.- Como se siente en el barrio en el que vive					
39.- Le satisfacen los sitios recreativos (parques, juegos, programas, etc.)					
40.- Esta satisfecho con los servicios de salud					

Gracias por su colaboración



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R y Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos. *Aten primaria* 2002; 28 (3): 167- 173.
- 2.- Aizpuru F, Duran J, Rubio R y De la torre G. Afectación de la calidad de vida en el síndrome de Apnea del sueño: ¿igual en hombres que en mujeres? *Gac Sanitaria* 2002;16: 107-108.
- 3.- Morales JM, Rivera J y León B. Acercamiento metodológico para analizar la calidad de vida en la esclerosis múltiple: estudio GEDMA. *Gac Sanitaria* 2002; 16: 101-104.
- 4.- Pont A, Ferrer M, Vidal R, Marín C, Mesa F, Salacain R y Álvarez J.L. Efecto de las agudizaciones en la calidad de vida de los pacientes con EPOC. *Gac Sanitaria* 2002;16:104-105.
- 5.- Garin O, Ferrer M, Pietro G, Wiklund I, Mouly M, Romera B y Alonso J. Revisión sistemática de cuestionarios de calidad de vida específicos para enfermos con insuficiencia cardiaca. *Gac Sanitaria* 2002; 16: 105-106.
- 6.- Orfila F, Ferrer M, Lamarca R y Alonso J. Efecto de la capacidad funcional objetiva en las diferencias por género en la calidad de vida relacionada con la salud. *Gac Sanitaria* 2002; 16: 107-108.
- 7.- Gómez Beaterio M.I, Santiago Pérez M.I. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en espera de trasplante renal y trasplantados. *Gac Sanitaria* 2002;16: 109-111.
- 8.- Uribe Flores, Hernández Jácome. Losartan versus enalapril en la reducción de la hipertrofia ventricular izquierda secundaria a hipertensión arterial sistémica. *Arch. de cardiol Méx* 2003; 74:192-199
- 10.-Tapia CR. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. 3ª. Ed. México: Secretaría de Salud, 1996:25-30.
- 11.- Guerrero-Romero JF, Rodríguez-Morán M, Sandoval-Herrera F. Hipertensión arterial sistémica en los habitantes de la zona rural marginada de Durango. En: Memorias de la II Reunión Regional de Investigación Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social. Durango, Dgo. Edición de la Coordinación Delegacional de Comunicación Social, IMSS, delegación Durango, 1995:40.
- 12.-Garza Elizondo T. Trabajo con familias. Facultad de Medicina, U.A.N.L. 1997, 1ra edición. 13-26.
- 13.-Valadez-Figueroa I. A. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II, *Salud Púb Méx* 1993; 35, (5).464-470.

14.-Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med.* 1997;157:2413-2446.

15.- <http://www.nhlbi.nih.gov/about/nhbpep/index.htm>. Accessed March 5, 2003.

16.-Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hipertensión in the US adult population. Results from the Third Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991 (NHANES-III). *hipertensión* 1995; 25:305-313.

17.- Roca Chuscas A, Ametlla J, Calero S, Comas O, Fernández M, Lospaus R, Monmany J, Morera R, Muñoz M, Calidad de vida en la hipertensión *Med clín ( Barc )* 1992, 98: 486-490.

18.- Aspiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer J.R, Abanades Herranz J. C, García Marín N, Álvarez de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid, *Aten Primaria* 2003; 31 (5): 285-292.

19.- Badia X y Carné X La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico *Med Clín (Barc)* 1998; 110: 550-556.

20.- García Pérez A. M, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D y Alarcón F, Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de Familia* 2001; 2 (1): 616-618

21.- Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldán FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M, Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso, *Salud Púb Méx* Vol. 40 no 6.1998 .503-509

22.- Nigro D, Vergottini JC., Kuschnir E, Bendersky M, Campo I, de Roiter HG., Kevorcof G, Epidemiología de la hipertensión arterial en la Ciudad de Córdoba, Argentina, *Revista Federación Argentina Cardiología* 28: 69-75, 1999

23.- [www.nhlvi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm](http://www.nhlvi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm)

24.- Hajjar I, Kotchen TA: Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United Status, 1988-2000. *JAMA* 290:199, 2003